This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

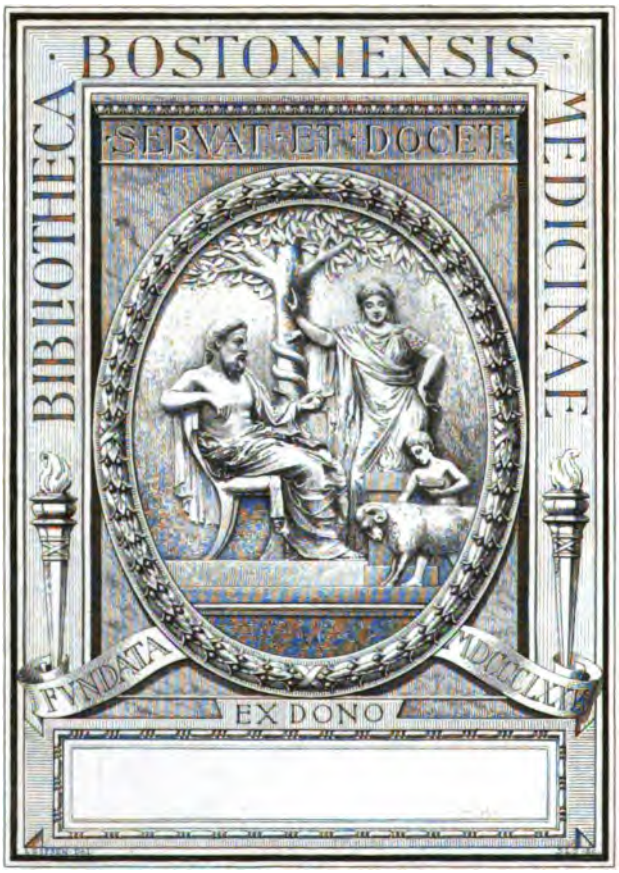
Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`


BIBLIOTHECA · BOSTONIENSIS · MEDICINAE
SERVAT · ET · DOCET
FVNDATA
MDCCCLXXE
EX DONO

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE
MÉDICO-CHIRURGICALE

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES
fondé en 1833 par le Professeur TROUSSEAU

—

1904

71e ANNÉE

Revue de Thérapeutique

MÉDICO-CHIRURGICALE

Journal des Connaissances Médico-Chirurgicales, fondé en 1833 par le Professeur TROUSSEAU

COMITÉ DE DIRECTION

Prof. **BOUCHARD**
Membre de l'Institut.
Médecin de l'hôpital de la Charité.

Prof. **GUYON**
Membre de l'Institut.
Chirurgien de l'hôpital Necker.

Prof **LANNELONGUE**
Membre de l'Institut.
Chirurgien de l'hôpital Trousseau.

Prof. **LANDOUZY**
Membre de l'Académie de Médecine.
Médecin de l'hôpital Laennec.

Prof **FOURNIER**
Membre de l'Académie de Médecine.
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

RÉDACTION

Dr **BENOIT**, ex-interne des hôpitaux.
Dr **BERNE**, ex-interne des hôpitaux.
Dr **BLONDEL**, chef de lab. à la Charité.
Dr **CHASSEVANT**, prof. agr. à la Faculté
Dr **CHEVALIER**, chirurgien des hôpitaux.
Dr **COURTADE**, anc. int. des hôpitaux.
Dr **DEMELIN**, accoucheur des hôpitaux.
Dr **DARIER**, ex-prés. de la Soc. d'opht.
Dr **LESAGE**, médecin des hôpitaux.
Dr **LYON**, ex-chef de clinique de la Faculté.
Dr **MOREL-LAVALLÉE**, méd. des hôp
Dr **SAINTON**, ch. de cliniq. de la Faculté.
Dr **SOUPAULT**, médecin des hôpitaux.
Dr **THIERCELIN**, ch. de cliniq. de la Fac.
Dr **VOGT**, ex-assistant de la Fac. de Genève.

Dr **BERINI**. — Dr **PERCIVAL**. — Dr **ROUBLEFF**. — Dr **WYBAUW**

Revue des Publications étrangères.

Rédacteur en Chef : Dr **RAOUL BLONDEL**
Chef de Laboratoire à la Charité, Lauréat de la Faculté, Secrétaire général-adjoint de la Société de Thérapeutique.

Secrétaire de la Rédaction : Dr **E. VOGT**
Ex-assistant de la Faculté de Genève, Secrétaire de la Société de Thérapeutique.

Abonnements et vente au numéro :
Librairie FELIX ALCAN, 108, boulevard St-Germain

Rédaction :
103, Boulevard Haussmann

Abonnements : FRANCE, 12 fr. — ÉTRANGER, 18 fr.

Publicité :
80, rue Taitbout

1904

PARIS

ANCIENNE LIBRAIRIE GERMER-BAILLIÈRE ET Cie
FÉLIX ALCAN ÉDITEUR
108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108

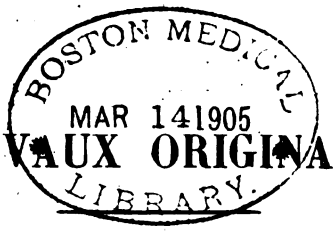
1904

Tous droits réservés.

BOSTON MEDICAL
MAR 14 1905
LIBRARY.

CATALOGUED
MAR 14 1905
E. H. B.

8558



TRAVAUX ORIGINAUX

POUVOIR SECRÉTOIRE ET SIGNIFICATION GLANDULAIRE DES EPITHELIUMS DES TUBES CONTOURNES ET VALEUR THERAPEUTIQUE DE LEUR PREPRODUITS SOLUBLES DANS L'EAU

Par M. J. Renaut
Professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

On vivait généralement, jusqu'à une époque presque immédiatement voisine du moment présent, sur cette idée nettement arrêtée que le rein n'est pas à proprement parler une glande, mais un filtre — prenant dans le sang des substances toutes faites pour les jeter hors.

On ajoutait toutefois, surtout depuis le travail célèbre de R. Heidenhain (1874), que c'est là un filtre électif. Heidenhain avait en effet montré (1) que le rein sélectionne dans le sang, puis accumule électivement et exclusivement dans l'épithélium strié et ses propres tubes contournés, enfin élimine par la lumière de ceux-ci le Sulfindigotate de soude ou « Carmin d'indigo » introduit sur le vivant dans une veine. Il avait conclu de là, et d'emblée, que tel était également le mode et telle la voie de l'élimination de l'urée. Cette dernière conclusion réservée, il avait absolument raison. Mais il eut des contradicteurs ; et ce fut fort heureux car ce sont les travaux mêmes suscités par cette controverse qui nous ont conduits à la manière de voir actuelle. Celle-ci consiste à envisager le rein comme une glande vraie. Tout l'épithélium strié à « bâtonnets cytoplasmiques » de B. Heidenhain, (c'est-à-dire le tube contourné, la branche large de l'anse de Henle et la pièce intermédiaire de Schweigger-Seidel), jouit au plus haut degré de l'activité sécrétoire. Je veux dire qu'il sélectionne électivement dans le sang, par son pôle basal ou *susceptif*, une série de matériaux transformables ; qu'il introduit, accumule et condense ceux-ci dans son cytoplasme au sein d'un dispositif figuré. à la fois variable et constant, de vacuoles à paroi active, où s'élaborent à leurs dépens des substances nouvelles : *liquides ou grains de ségrégation*. Enfin, ce même épithélium excrète, à travers la cuticule striée continue qui borne ses pôles libres et limite la lumière du tube, un produit définitif. Ce produit est ensuite emporté par le flot du liquide issu des glomérules et auquel il se mêle après avoir franchi non pas par effraction, mais par dialyse, la cuticule striée ou « bordure en brosse ». Ce contingent fourni à l'urine par chacune des cellules composant par leur ensemble l'épithélium strié des canaux contournés, ne peut être, dans ces conditions, identifié avec ce qui primitivement avait été extrait du sang par l'intussusception cellulaire : C'est un produit de sécrétion comme celui des glandes

(1) Heidenhain. — Beiträge zur Anatomie und Physiologie der Niere (*Arch. f' mikr. Anat.* T. X, pl 50) 1874.

R. Heidenhain. — U. Neisser, — Versuche über den Vorgang der Harnabsonderung. (*Pflüger's Archiv*, f. d. ges. Physiol. t. IX. pl-27 (1874).

ordinaires. Chaque cellule épithéliale du tube contourné s'est comportée, dans tout le mouvement que je viens de résumer ici, exactement comme une cellule glandulaire. — Autrement dit, *c'est une cellule glandulaire.*

Pour la bien connaître et l'étudier en fonction, mes élèves MM. Regaud et Policard, qui depuis plusieurs années étudient dans mon laboratoire la cytologie et l'histophysiologie des cellules rénales, se sont de préférence adressés au rein des Ophidiens (1).

C'est un « métanéphros » fondamentalament identique à celui des oiseaux et des mammifères, et non pas un rein wolffien. Et le fonctionnement uropoïétique s'y effectue par des stades lents, en conséquence, plus facilement saisissables. Des différences de détail séparent d'ailleurs au minimum une telle cellule rénale de celle des mammifères et de l'homme. On peut donc, sans inconvénient aucun, la prendre pour type de toutes les autres.

La cellule épithéliale des tubes contournés présente sur son pôle basal, — ou susceptif, — la disposition indiquée par R. Heidenhain. Son cytoplasme est feuilleté dans le sens de sa hauteur par une série de lames, reproduisant le dispositif bien connu de l' « ergastoplasma » des cellules glandulaires. Seulement ici, ces feuillets, qui répondent aux « bâtonnets cytoplasmiques » de R. Heidenhain, ne prennent pas avec élection les couleurs basiques. Il s'agit toutefois d'une forme supérieure et essentiellement active du protoplasma. La disposition feuilletée, dans le sens ascendant, de la portion basale et sous-nucléaire du cytoplasme, répond à mon sens à un mouvement incessant d'intussusception exercé par cette partie de la cellule : — mouvement qui strie d'une foule de filets ascendants de liquide, pris au sang, la masse du cytoplasme cellulaire immédiatement adjacent au capillaire sanguin correspondant (2). Ceci est déjà un caractère glandulaire; mais en voici d'autres :

Dans la région infra-nucléaire voisine de la base d'implantation, la cellule striée renferme toujours — non seulement chez les Ophidiens, mais chez tous les Vertébrés — une série de vacuoles de ségrégation. C'est un autre caractère glandulaire, reproduisant ce qu'on observe dans une série étendue de cellules glandulaires, sinon dans toutes. Les vacuoles sont de deux ordres : les unes *cristalloïdes*, les autres *lipoïdes*.

(*a*) Le contenu des vacuoles cristalloïdes ne peut être formé que par de l'eau chargée plus ou moins de sels minéraux ou de matières azotées solubles dans l'eau et non albuminoïdes. Car l'acide osmique les laisse absolument incolores, et aussi tous les autres réactifs usités en histologie.

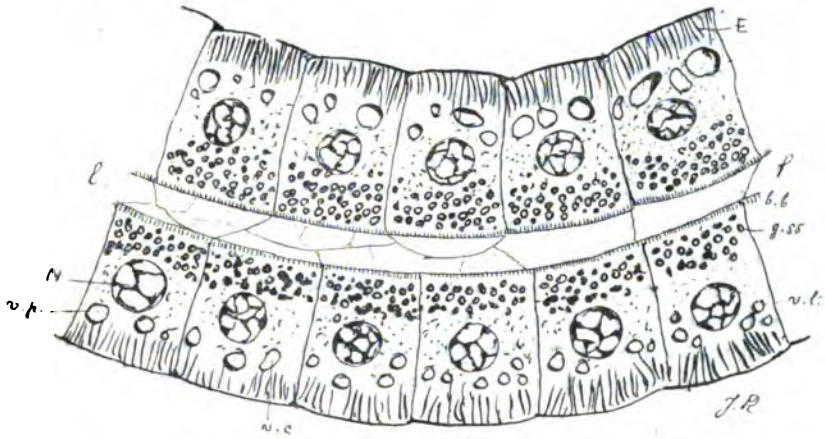
(*b*) Le contenu des vacuoles lipoïdes est bien différent. Il n'est pas soluble dans l'eau. Il se comporte donc à la façon des graisses. Dans certaines vacuoles, il est en effet formé de graisse véritable, qui se colore en noir caractéristique par l'acide osmique. Ce sont là des vacuoles *pimélogènes* : on les distingue à leur haute et immédiatement distinctive réfringence sur la cellule vivante, observée dans le sérum artificiel. Dans d'autres vacuoles et dans la même région que les premières, existe une substance moins réfringente, insoluble aussi dans l'eau, voisine aussi des graisses mais ne se colorant plus qu'en gris clair par l'acide osmique. En revanche, l'Hématoxyline cuprique de

(1) Regaud et Policard. — Note histologique sur la sécrétion rénale (C. R. de la Soc. de Biologie, 28 décembre 1901). Sur l'alternance fonctionnelle et les phénomènes histologiques de la sécrétion dans le deuxième segment du tube urinaire chez les Serpents (C. R. de la Soc. de Biologie, 4 juillet 1903).

Recherches sur la structure du rein de quelques ophidiens (Archives d'Anat. microscopique sous presse).

(2) J. Renaut. — Sur quelques phénomènes intimes de la nutrition et de la sécrétion (*Bulletin gén. de thérapeutique, 1902, p. 208*).

Weigert les teint en bleu noir. Ce sont les vacuoles *lipoïdes proprement dites*. Elles élaborent une substance qui est peut-être une combinaison de la lécithine avec des substances albuminoïdes. Regaud et Policard ont émis du moins cette hypothèse avec restriction. En tous cas, le contenu de ces deux ordres de vacuoles est un produit liquide de ségrégation résultant de la mise en jeu de l'activité sécrétoire au sein de la cellule épithéliale du tube contourné. Sur un point donné, variable d'ailleurs, changeant de place aux divers stades de la sécrétion, donc mobile au sein du corps cellulaire, il se fait une différenciation temporaire du protoplasma, qui sur ce point devient un organite sécréteur. Car la paroi de la vacuole à contenu lipoïde est tout à fait distincte du reste du cytoplasme. Dans des conditions de mordançage chronique convenable et surtout prolongé, elle se teint en noir par l'Hématoxyline ferrique. C'est une mince pellicule homogène différenciée au sein du protoplasma, un dialyseur électif qui laisse passer seulement à l'intérieur de la vacuole et dans le liquide que contient celle-ci, les matériaux diffusés dans le cytoplasme et issus du sang, qui dans la vacuole seront ségrégés et réduits soit en graisse neutre, soit en un produit de sécrétion seulement lipoïde.



Tube contourné du rein (Vipère) dans les expériences de Regaud et Policard, avec le rouge neutre.

N, Noyau des cellules épithéliales. — E. Ergastoplasme. — L, Lumière du tube. — *bb*, bordure en brosse. — *v. p. v. l*, vésicules lipoïdes et pimélogènes. — *g. s. s*, grains de ségrégation supranucléaires

Dans la région supra-nucléaire de chaque cellule épithéliale, on trouve accumulés les *grains de ségrégation* proprement dits. Ce sont là des préproduits de l'activité sécrétoire non plus simplement liquides, mais figurés et sphériques, immédiatement visibles sur la cellule examinée vivante dans son propre plasma, — constants d'ailleurs chez les Vertébrés : Arnold les a observés et colorés en rouge par le rouge neutre injecté dans le tissu cellulaire de la souris. Si l'on dissocie le tube contourné dans la solution physiologique, on les voit innombrables, jaunâtres, réfringents, se répandre dans le liquide additionnel. Ils ressemblent alors absolument aux grains de ségrégation d'une glande séreuse, telle qu'une parotide. Et comme ces derniers, ils se gonflent lentement dans le sérum artificiel ; si l'on introduit de l'eau, ils se dissolvent rapidement. Ce sont là sans contredit les préproduits les plus intéressants de l'activité sécrétoire des cellules rénales ; l'étude approfondie qu'en ont faite récemment Regaud et Policard est aussi de plus instructives (1). J'en dirai donc un mot ici.

(1) Regaud et Policard. — *Arch. d'anat. microscopique* (sous presse).

Ils ont, pour cette étude, employé les solutions très étendues de rouge neutre dans un sérum artificiel sensiblement isotonique aux cellules épithéliales du tube contourné (à 8 p. 1.000) ne vulnérant pas du tout ces mêmes cellules dont, chez les Ophidiens, les cils continuent à battre pendant de longues heures. Le rouge neutre est d'ailleurs par excellence ce qu'Arnold (1) appelle un « colorant vital », c'est-à-dire qu'il pénètre les cellules vivantes sans leur faire éprouver aucune vulnération ni même altérer en quoi que ce soit leur vitalité. Il partage cette propriété avec d'autres colorants (bleu de Méthylène, violet de gentiane, bleu de toluidine, etc.) employés en solutions extrêmement diluées dans un sérum isotonique. Mais il présente surtout, comme on va le voir, de grands avantages ici.

Si l'on dissocie un fragment du rein de la vipère, par exemple, dans le sérum artificiel additionné d'une toute petite quantité de rouge neutre cristallin, (ce qui donne un milieu presque incolore), tous les tubes à bordure en brosse, et eux seuls, intussusceptent, accumulent et concentrent d'emblée le rouge dans la zone supranucléaire de leurs cellules épithéliales. Et instantanément, tous les grains de ségrégation que celle-ci renferme y apparaissent colorés en rouge intense. Il y a là une élection nette. Le protoplasma supranucléaire et intergranulaire est diffusément teint en rose seulement, les grains seuls sont rouges sur le tube vivant.

Cependant, si alors on dissocie ce tube, les grains s'échappent en foule et se répandent dans le sérum artificiel. Tous sont incolores, comme sur le vivant sans intervention du rouge neutre; de plus, ils ne se colorent pas même à la longue dans le sérum qui, cependant, tient en dissolution le rouge neutre et où la cellule rénale a puisé la matière colorante pour la concentrer sur les grains que contient son protoplasma vivant. Chaque grain joue donc, dans la cellule épithéliale vivante et active, le rôle d'un véritable *condensateur du colorant*. Mais ce colorant, attiré par les grains, ne les pénètre point du tout. Il vient tout simplement s'accumuler dans la vacuole qui renferme le grain, et entoure celui-ci d'une nappe fluide répondant au contenu de cette même vacuole.

Les grains de ségrégation s'élaborent donc au sein d'un liquide vacuolaire où ils prennent naissance, se conditionnent à l'état de grains et grossissent ensuite, en appelant sans cesse à eux certaines substances diffusant dans le cytoplasme par le procédé de « pénétration vitale » et puisées — (tel ici le rouge neutre), — dans le milieu ambiant c'est-à-dire dans le sang. Chacun d'eux est un point d'appel et un condensateur de ces substances qu'il transforme en y puisant les éléments de la sienne propre pour arriver à maturité. Regaud et Policard ont à ce point de vue fixé un point important de la fonctionnalité rénale : c'est que successivement, les différents tubes contournés se mettent en charge, élaborent des grains d'abord petits puis dont le volume croît, enfin effectuent l'excrétion exocellulaire de ces grains venus à maturité : ceci dans *toute leur étendue en bloc*, alternativement de tube à tube et en masse, mais non pas dans un même tube en un sens donné de cellule à cellule. C'est là une découverte importante. Elle permet d'envisager désormais le rein comme une glande multitubuleuse, dans laquelle chaque tube sécréteur — c'est-à-dire ici contourné, — commandé par un glomérule qui donne le plasma urinaire dans lequel se dissout et qui emporte sa sécrétion, fonctionne individuellement et indépendamment à son heure, avec des alternatives d'activité sécrétoire, excrétoire, et de retour au repos pour une mise en charge nouvelle.

L'excrétion exocellulaire des grains de ségrégation ne se fait pas par effraction de la

(1) Arnold. — Uber vitale und supravitale Granulafarbung in der Nierenepithelien (*Anat. Anzeiger*. t. XXI, n° 15, p. 417-425 ; 1902.

cuticule striée (bordure en brosse). Celle-ci demeure continue; jamais on ne trouve de grains de ségrégation engagés dans son épaisseur. Cependant les grains, à un moment donné, disparaissent, sauf quelques-uns qui restent ou de tout petits qui subsistent dans les vacuoles: soit résidus de la poussée de ségrégation précédente, soit amorces d'une poussée nouvelle. Donc pour sortir de la cellule et pour passer dans le liquide circulant dans la lumière, les grains dialysent à travers la cuticule striée. Pour le faire, il leur faut se redissoudre. Les grains de ségrégation supranucléaires sont donc non des produits définitifs de l'activité sécrétoire de la cellule épithéliale à bordure en brosse du tube contourné. *Ce sont de simples préproduits*, solubles d'ailleurs, on l'a vu, dans l'eau, de cette même activité. C'est là une notion capitale au point de vue particulier qui va m'occuper dans un instant. Il faut donc dès à présent la retenir soigneusement.

Mais, d'autre part, les grains de ségrégation supranucléaires ont une signification fonctionnelle particulière sur laquelle il faut insister. Ce sont des *condensateurs* des substances qui, telles que le rouge neutre en solution très diluée, sont capables de pénétrer sans la léser une cellule glandulaire vivante (« Substances vitales » d'Arnold). Dans une telle cellule, les grains sont devenus un centre d'appel pour ces substances. Celles-ci s'accumulent dans leur région en commençant à se concentrer sensiblement dans le cytoplasme supranucléaire et intergranulaire; puis elles font du liquide vacuolaire où baigne et aux dépens duquel se developpe chaque grain un milieu sursaturé, enveloppant le grain d'une mince nappe incessamment renouvelée où il puise, au maximum de leur concentration, les matériaux transformables tirés du milieu ambiant, le sang, — et d'où par son intermédiaire naîtra le produit définitif excrété. *Les vacuoles des grains de ségrégation sont donc, dans la cellule rénale, le point où s'opère la transmutation définitive des substances à éliminer extraites du sang artériel. On y voit prendre naissance le préproduit soluble et dialysable par excellence de la sécrétion rénale.*

Appliquant au rein les idées d'Overton (1) qui admettait que les substances vitales comparables aux « matières colorantes vitales » d'Arnold sont solubles seulement dans le liquide des vacuoles lipoïdes, Gurwitsch (2) avait conclu — principalement à propos de l'élimination par le rein du bleu de toluidine — que ces substances s'emmagasinent d'abord dans les vacuoles lipoïdes des deux ordres, puis sont portées par elles vers la bordure en brosse où elles s'éliminent soit en dialysant à travers celle-ci soit en faisant effraction dans la lumière à travers la cuticule striée. Mais l'étude faite par Regaud et Policard à l'aide du rouge neutre montre que cette vue théorique n'est nullement fondée. Car jamais on n'observe l'accumulation élective du rouge neutre dans la région basale de la cellule à bordure striée, occupée par les vacuoles lipoïdes des deux ordres. Jamais non plus les vacuoles lipoïdes par excellence, — celles qui renferment des gouttelettes graisseuses — ne se colorent par le rouge neutre. Cela seul ruine la théorie de Gurwitsch, puisque les vacuoles à contenu graisseux renfermeraient à son point de vue par excellence les lipoïdes, qui pour lui sont les fixateurs électifs des colorants, donc en général, des substances à action vitale.

On concluera de tout ceci que l'écorce rénale est essentiellement formée d'une infinité de glandes en tubes représentées chacune par un tube contourné dont l'épithélium jouit de l'activité sécrétoire, partout, sauf dans l'anse descendante et la boucle de Henle. Les rayons médullaires et les tubes de Bellini qui font suite à ceux-ci sont de simples

(1) Overton. — Studien neber die Aufnahme der Anilinfarben durch die lebende Zelle (*Pringheim's Jahresbericht f. wiss. Botanik*, t. XXXIV, 1899).

(2) Gurwitsch. — Zur Physiologie und Morphologie der Nierenthätigkeit (*Pflüger's Arch. XCI*, p. 71-118; 1902).

canaux excréteurs. Quant au glomérule, il diffuse électivement le plasma urinaire, émis comme un courant, et où se dissolvent les produits de sécrétion des cellules à cuticule striée. Je crois pouvoir affirmer que cette proposition est désormais démontrée et doit être acceptée définitivement.

II

Il résulte de ce qui précède, que nous connaissons au moins un des éléments d'action de la cellule épithéliale des tubes contournés sur les substances étrangères à l'organisme qui sont capables d'entrer dans cette cellule sans la vulnérer, et sont susceptibles aussi de s'y transformer pour être expulsées ensuite au dehors. Cet élément d'action est le « grain de ségrégation » capable d'attirer à lui, de concentrer autour de lui, de transmuter en l'incorporant en lui et d'éliminer avec lui-même, par l'excrétion excellulaire, le rouge neutre et les « substances vitales » se comportant comme ce colorant et dont ce dernier constitue le type histophysiologiquement saisissable. Si bien que, d'emblée, tout histologiste, qui sera en même temps un médecin, remarquera que, si le jeu des grains de ségrégation et de leurs vacuoles ne s'effectue plus régulièrement au sein d'une cellule rénale, celle-ci deviendra du coup insuffisante. C'est-à-dire qu'elle ne constituera plus un agent régulier de ce qu'on doit désormais appeler la *sécrétion émulgente*. Et comme Regaud et Policard viennent de démontrer que dans chaque élément premier de la glande rénale, c'est-à-dire encore dans chaque tube contourné répondant à un glomérule, toutes les cellules fonctionnent simultanément, il semble aussi naturel d'admettre que l'insuffisance de la sécrétion émulgente se produira dans le tube entier, dont les éléments actifs sont régis par un fonctionnement commun de leur fonctionnalité collective. Et c'est là précisément ce qui arrive dans les néphrites. En ce cas, un grand nombre de tubes contournés n'exercent plus correctement leur sécrétion émulgente, souvent au milieu d'eux certains plus du tout. Les substances à éliminer ne sont plus intussusceptées, accumulées, transformées et emportées après transformation par grains de ségrégation solubilisés. Non extraites convenablement du sang, elles y demeurent toxiques ; rendues mal dyalisables par ce qui subsiste du dispositif sécrétoire, elles ne passent plus librement dans le courant fourni par la transsudation glomérulaire. L'urine devient pauvre en ses éléments constitutifs, en urée surtout. Je n'ai pas à insister pour me faire comprendre ; ainsi sont créées les conditions de l'insuffisance rénale et de l'urémie.

Cela posé, et étant donné que les grains de ségrégation sont particulièrement actifs pour attirer à eux, concentrer sur eux, transmuter en eux les substances toxiques en circulation dans le sang et qui doivent être éliminées de l'organisme, l'idée vient naturellement au médecin d'essayer de faire agir sur ces substances, et dans le sang lui-même, celles des grains de ségrégation qui manquent dans le rein malade : ceci, en les empruntant à un rein étranger.

Il est arrivé qu'au moment même où je tirais de telles déductions des travaux faits sous mes yeux, par mes élèves dans le laboratoire que j'ai l'honneur de diriger à la Faculté de médecine de Lyon, mon éminent collègue de la Faculté des sciences, le Pr Raphaël Dubois, attaquait la question par un autre côté. Dans une note publiée à la Société de biologie, le 28 février 1903 (1), il annonçait qu'à Tamaris il avait levé une imperméabilité rénale avec urémie résistant à tous les moyens ordinaires, en faisant absorber quotidiennement, pendant dix jours, une macération aqueuse de deux ou trois reins de porc pulpé dans 750 grammes d'eau. Il s'agissait d'un homme de 69 ans, atteint

(1) Raphaël Dubois. Antitoxine rénale et albuminurie (*C. R. de la Soc. de biologie*, séance du 28 février 1903, p. 289).

d'albuminurie intense à la suite d'un refroidissement. R. Dubois s'exprimait ainsi : « J'ai cru devoir publier cette observation pour provoquer de nouveaux essais dans cette direction. L'idée directrice, qui m'a guidé, est qu'il existe dans le rein une antitoxine normale qui cesse d'être sécrétée, ou l'est en quantité insuffisante, dès que le fonctionnement du rein est troublé. *Cette antitoxine n'est pas altérée par son passage dans le tube digestif.* Son rôle consisterait à détruire, à leur passage dans le rein, certains principes toxiques du sang résultant de l'activité de l'organisme. — Pour des raisons que j'indiquerai ultérieurement, je pense que ce principe antitoxique rénal existe dans les urines normales. »

Je considérai immédiatement la note de mon collègue et ami R. Dubois comme ayant une grande portée, bien qu'elle semble avoir passé d'autre part presque inaperçue. Car l'antitoxine fabriquée par le rein et dont il a pris connaissance par des moyens de pure physiologie, cette substance qui sélectionne à leur passage, transforme et emporte avec elle dans l'urine les matériaux toxiques amenés au rein par le sang, il ne me semble pas douteux qu'elle réponde aux « condensateurs » de la cellule épithéliale des tubes contournés. Elle réside, selon toute probabilité. dans les grains de ségrégation et dans leur liquide vacuolaire. Les deux sont solubles dans l'eau; ils peuvent être donc extraits du rein par une macération aqueuse. Mais le point essentiel et capital mis en lumière par Dubois, c'est que cette substance antitoxique ne s'altère pas en passant par les voies digestives. Ceci est le nœud même de la question thérapeutique et permet de mettre la médication sur pied.

C'est là ce que j'ai fait immédiatement et ce dont je viens rendre compte ici :

A. Technique. — Un, le plus souvent deux, parfois (d'après les indications spéciales dans chaque cas) trois reins ou « rognons » de porc absolument frais sont décortiqués, hachés menu. puis rapidement lavés à l'eau distillée pour enlever l'urine toute faite que peut contenir le hachis. En certains cas particuliers — ceux où je veux agir plus activement — je fais enlever autant que possible la substance médullaire qui est purement vectrice et ne semble pas renfermer de matériel sécréteur. Comme l'indique R. Dubois, je choisis le rein d'un omnivore : les grains de ségrégation y étant (je le suppose du moins) plus différenciés en vue de la transformation des toxines de l'homme, qui sont les résultats d'une alimentation mixte. L'expérience est faite, d'ailleurs, que les reins des herbivores (mouton, bœuf) donnent une macération bien moins active. Le hachis de rein est ensuite broyé, pulpé au pilon dans un mortier avec 450 cc. d'eau salée à 7 p/1000, et non pas dans l'eau distillée pure. En effet, les grains de ségrégation passeront dans cette solution isotonique sans s'y dissoudre immédiatement. Ils garderont ainsi plus longtemps, et peut-être jusqu'à leur passage dans le sang, leurs propriétés d'accumulateurs et de condensateurs autour d'eux des substances contenues. Ils pourront dès lors plus facilement les extraire du sang, et les tranmuer en substances plus aisément dialysables par le rein malade.

Le pulpage effectué, on laisse reposer la bouillie qui en résulte, toujours dans un endroit frais, en été dans la glace entourant le mortier. Au bout de quatre heures, on décante. Le liquide décanté forme environ 400 grammes d'une sorte de lavure de chair, que le malade absorbera en trois ou quatre doses dans les vingt-quatre heures.

La macération de rein, ainsi obtenue, n'a pas mauvais goût. Son aspect de lavure de chair seul répugne au malade. Pour parer à cet inconvénient, je fais prendre chaque dose dans une tasse opaque où l'on peut d'ailleurs mêler une cuillerée de bouillon concentré de julienne tiède, de façon que — vérification faite au thermomètre, — la température du mélange ne dépasse pas 38°.

L'administration de la macération de rein ne doit en aucun cas dépasser dix jours

consécutifs, après lesquels on fait un repos variable de quatre ou cinq jours. Autrement, il survient de petits accidents, les uns simplement désagréables (sueurs sentant l'urine, — éruptions papuleuse, ortiées ou miliaire) qui ont surtout été bien observées par mon élève le Dr Chonpin (de Saint-Etienne) ou bien il survient des épisodes d'embarras gastrique, parfois avec nausées et vomissements. Ceci montre bien que *la macération de rein est un remède très actif*, à action lointainement compararable à celle des sérums étrangers injectés interstitiellement ou dans les veines.

B. J'ai fait un grand nombre d'essais thérapeutiques depuis le 15 mars 1903 avec la macération de rein ainsi administrée. Je ne les relaterai pas tous, avec leurs détails particuliers. Parmi eux, je choisirai ceux où la médication a été soutenue et poussée de façon suffisamment convenable et continue. Je prendrai pour exemples, entre tous, un cas de *néphrite chronique mixte*, manifestement brightique ; un cas de *néphrite interstitielle type* ; un cas d'*albuminurie cardiaque avec rein cardiaque*; enfin je citerai plus sommairement quelques autres cas d'insuffisance rénale.

TABLEAU A		5 Janvier 1902	12 Janvier Analyse sommaire	15 Juin
Caractères généraux.	Volume	1.900	2.900	2.850
	Aspect	Jaune-rouge louche dépôt floconneux	»	»
	Réaction	acide	acide	acide
	Densité	1.025	1.021	1.017
Dosages des éléments normaux.	Acidite (en Ph^2O^5)	3.332		1.196
	Résidu sec à 100-105	32.68		72.40
	Cendres (au rouge sombre)	37 90		43.28
	Chlorures (en Na cl)	24.03	38.86	
	Acide Phosphorique	6.029	4.559	2.294
	Acide Urique	1.456		1.401
	Azote urique	17.488		10.619
	Azote total	20.784		12.308
	Coefficient d'oxydation	0.83		0.86
	Urée	37.53	44.10	22.79
Éléments anormaux	Glucose	0		0
	Albumines — Sérine			
	Albumines — Globulines	1.103	2.548	0.236
	Albumines — Albumoses	0		0
	Albumines — Peptones	0		0
	Pigment biliaire	0		0
	Hémoglobine-Sang	0		0
	Urobiline pathologique	un peu		0
	Oxalate de Chaux	0		0
	Indican	très abondant		assez abondant
Examen microscopique du dépôt	Éléments cristallisés	Urate et acide urique	id	id
	Éléments figurés	Leucocytes assez nombreux	Leucocytes plus nombreux	Rares Leucocytes
	Cylindres	Epithéliaux Granuleux	Cylindres plus rares	Plus de cylindres

Obs. 1. — *Néphrite mixte ancienne; bronchite albuminurique et œdèmes périphériques en 1902; Crise d'insuffisance rénale avec œdèmes périphériques et urémie en Janvier et Février 1903; restitution de la diurèse normale et disparition de l'albuminurie de Mai 1903 à fin décembre 1903, soutenue jusqu'à ce jour avec disparition de tous les accidents brightiques (malade observé par moi et mon élève le Dr Ph. Genoud).*

D....., 56 ans, de forte constitution, vivant à la campagne de la vie de gentilhomme fermier et chasseur; gros mangeur, non alcoolique. Depuis quelques années, il s'est produit des accès de goutte. A la fin de 1901, le malade vient me consulter pour des bronchites à répétition. Il existe un léger œdème prétibial, de l'essoufflement, de l'œdème net aux bases pulmonaires. Pouls hypertendu, ébauche de galop cardiaque. Les urines sont fortement albumineuses. Je traite ce malade par les moyens ordinaires, et il accepte seulement le régime lacto-végétal. Il va d'abord sensiblement mieux. Puis il déménage et voyage, il vient habiter Lyon, s'y surmène. Son état s'aggrave, et il survient des œdèmes (5 janvier). Le repos, le régime lacté après une application de sangsues au triangle de J. L. Petit, font dès la fin de janvier disparaître les œdèmes et tous les accidents fonctionnels. Le 15 juin, le malade remis au régime lacto-végétal avec œufs, veut retourner à la campagne très amélioré. Il n'a plus que 0 gr. 236 d'albumine en vingt-quatre heures pour 2850 cc. d'urine qui ne renferme plus de cylindres. Voici le mouvement urinaire de cette période d'après les analyses de N. P. Wolff, pharmacien en chef de l'hospice du Perron.

Tout se passe bien jusqu'en décembre 1902 finissant, époque où le malade revient à Lyon, se loge à un troisième étage, fait beaucoup de mouvements et se surmène. Brusquement, le 31 décembre 1902, on m'appelle; le malade n'urine plus que 500 cc. par vingt-quatre heures et est pris de somnolence et de dyspnée urémiques. Il est mis au repos absolu, au régime lacté absolu aussi. On applique cinq sangsues de chaque côté au triangle de J. L. Petit. Dès le lendemain, le flux urinaire se rétablit à 1.200 grammes. Mais les urines renferment un précipité massif d'albumine, environ 6 gr. par vingt-quatre heures. Au bout de quelques jours, nouvelle oligurie avec derechef accident urémique. Je donne la digitale à dose décroissante qui rouvre le rein et lève l'urémie. Mais à partir de là jusqu'à la mi-mars, tous les dix ou douze jours, il se reproduit une crise d'oligurie avec petits accidents urémiques: Le malade n'urine plus que sous l'influence alternée des sangsues au carré lombaire, de la digitale, du Strophantus à haute dose (10 millig. d'extrait par jour) de la théobromine, etc. Et les œdèmes périphériques se produisent d'abord, puis un peu d'œdème pulmonaire, enfin un léger degré d'hydrothorax. Le poids corporel augmente avec l'œdème, malgré le repos, le régime lacté absolu, les diurétiques et des congestifs rénaux employés les uns après les autres. Bref, le malade résiste; mais c'est grâce à une série d'expédients qu'on est forcé de faire se succéder les uns aux autres, sans jamais obtenir que, régulièrement, le malade puisse autrement qu'un jour ou deux consécutifs, uriner à peu près ce qu'il boit. L'urine est toujours à peu près albumineuse. C'est dans ces conditions de lutte indéfiniment renouvelée, que je commence le 15 mars 1903, l'administration de la macération de rein de porc, faite avec deux rognons frais macérés quatre heures dans 450 grammes d'eau salée à 7 0/00.

Le tableau suivant montre le mouvement urinaire en fonction des liquides ingérés (lait et macération), sauf exception jour par jour du 21 février au 19 mai 1903.

TABLEAU B

Date.	Liquide bu en 24 heures.	Urine émise en 24 heures.	Albumine en 24 heures.	Observations.
21 février.....	3330 cc....	1750 cc....	env. 4 grammes	poids corporel
22 »	3250.....	2000.....	par 24 heures.	114 kilogr.
23 »	3000.....	1750.....	»	12 sangsues au triangle.
24 »	3000.....	2000.....	»	
25 »	2750.....	1750.....	4 gr. 50	
26 »	2750.....	1250.....		Digitale à dose décroissante
27 »	3000.....	2000.....		
28 »	2750.....	2500.....		

Date.	Liquide bu en 24 heures.	Urine émise en 24 heures.	Albumine en 24 heures.	Observations.
1er mars.....	2500.....	2250.....		
2 »	2750.....	3000.....	2 gr. env.	
3 »	2500.....	2250.....		Strophantus, A
4 »	2500.....	2500.....		6 milligrammes d'ext.
5 »	2750.....	2750.....		par jour.
6 »	2730.....	3250.....		
7 »	2750.....	2750		
8 »	2500.....	2500.....	env. 3 grammes	
9 »	2750.....	3000.....	par 24 heures.	Digitale à dose
10 »	2750.....	2250.....		décroissante
11 »	2750.....	2750.....		
12 »	2750.....	2500.....		
13 »	2500.....	2750.....		
14 »	2500.....	1500.....		
15 »	2750.....	2250.....		Macération de rein
16 »	3000.....	2750.....		10 jours d'usage
17 »	2250.....	3250.....	1 gr. p.	5 jours de repos
18 »	2500.....	2500.....	24 heures	ainsi de suite
19 »	2750.....	3000.....		
20 »	2750.....	2000.....		Accès de goutte
21 »	2750.....	2000.....	faible	
22 »	2500.....	2000.....	précipité	
23 »	2250.....	2000.....		
24 »	2750.....	2330.....		Poids corporel
25 »	2300.....	2300.....	traces	96 kilogr.
26 »	2300.....	2300.....	légères	
27 »	2500.....	2500.....		
28 »	2250.....	2750.....	Tracestrès	Fin de l'accès
29 »	3000.....	3500.....	minimes	embarras gastrique
30 »	2500.....	2750.....		léger
1er avril.....	2750.....	2000.....		sueurs profuses
3 »	2100.....	2500.....		
16 »	2250.....	2700.....		Accès de goutte
17 »	2500.....	1250.....		»
18 »	2250.....	2000.....		»
19 »	2500.....	1750.....	Traces	»
20 »	2500.....	1750.....	infinitésimales	»
21 »	2500.....	2330.....	»	»
22 »	2500.....	2500.....	»	»
23 »	2250.....	2000.....	Pas d'albumine	Fin de l'accès
24 «	2250.....	2000.....	»	Sueurs
25 »	2500.....	2250.....	»	»
26 »	2500.....	2250.....	»	»
27 »	2250.....	2250.....		
28 »	2500.....	2500.....		Insomnie légère
30 »	2500.....	2000.....	Traces	
2 mai	2250.....	2250.....	d'albumine	
3 »	2250.....	1750.....	»	Retour léger de goutte
4 »	2250.....	2250.....	»	»
5 »	2250.....	1750.....	Traces	
6 »	2500.....	1500.....	très faibles	
7 »	2250.....	2000.....	pas d'albumine	
8 »	2250.....	2250.....	Absolument pas	
9 »	2250.....	2000.....	d'albumine	
11 »	2250.....	2000.....	»	1° sortie du malade
12 »	2250.....	2000.....	»	»
13 »	2000.....	2000.....	»	Poids corporel
14 »	2500.....	2000.....	»	92 kilogr.
15 »	2500.....	2000.....	»	Le malade agit,
17 »	2250.....	1750.....	»	se promène et
18 »	2250.....	2250.....	»	a une habituelle
19 »	2250.....	1750.....	»	diaphorèse

Au 31 octobre 1903 le malade, sans œdèmes ni malaises au cœur, urine ce qu'il boit et ses urines ne renferment pas trace d'albumine.

Il est aisé de voir qu'ici, et tout de suite, la macération de rein a agi comme un médicament d'une valeur exceptionnelle. En deux jours, elle ouvre le rein, qui fait une décharge urinaire de 3.000 grammes : un litre juste de plus que de liquide ingéré. La digitale ou une application de sangsues ou bien encore la théobromine n'auraient pas mieux agi. Mais, parallèlement en plus, l'*albuminurie se réduit vite*. Au bout de la première période de dix jours, on ne trouve plus que des traces légères. Le 23 avril, elle a disparu pour ne plus revenir que très épisodiquement en indosable quantité. Le 8 mai, elle a disparu sans retour. Examinée le 31 octobre dernier, l'urine des vingt-quatre heures n'en contient pas trace. Il n'en est pas revenu depuis. Le malade, soumis au régime lacté avec œufs et continuant à prendre la macération régulièrement émet sensiblement autant d'urine qu'il ingère de liquide. Tout accident a disparu : plus d'œdèmes, ni plus de bronchite. Il suit, il est vrai, une hygiène sévère de précautions et de repos. Voici donc, après un état si grave et une lutte si longue contre l'oligurie, l'anasarque et les phénomènes incessamment renouvelés d'insuffisance rénale et d'urémie, une guérison relative, du moins un sursis dont le caractère doit frapper. En fait de médicaments actifs, le malade ne prend qu'un peu de strophantus pour soutenir l'énergie de sa musculature, et, je le répète, sa macération de rein par période de 10 jours, suivie chaque fois d'une période de cinq jours de repos.

Un fait à noter, car il est très intéressant, c'est que la restitution de l'activité rénale s'est accompagnée ici non seulement de la baisse progressive, puis de la disparition ensuite totale de l'albuminurie, mais aussi d'une série de petits accès de goutte. Un grand mouvement de décharge s'est ainsi accusé sous toutes les formes possibles. Puis, l'urine cessant d'être même légèrement albumineuse, les accès de goutte ont cessé de se produire.

Voici, maintenant un cas de néphrite interstitielle grave, traité par les moyens ordinaires auxquels on a joint l'usage de la macération de rein, continuée du début jusqu'à présent exactement comme dans le cas précédent, sauf quelques interruptions passagères.

Obs. 11. — (1) *Artériosclérose généralisée chez un spécifique. — Aortite légère. — Néphrite interstitielle à la période d'intoxication, crises de dyspnée urémique avec œdème pulmonaire.*

P..., 52 ans; comme antécédents personnels, 2 blennorrhagies, une pleurésie à 35 ans; à 36 ans (1887), syphilis dont le chancre passe inaperçu, mais qui se marque par les accidents secondaires ordinaires ; traitée d'ailleurs régulièrement par le Pr Rollet. C'est, toutefois, à la syphilis qu'il faut imputer l'artériosclérose actuelle. Le malade n'est pas alcoolique ; c'est un artiste mondain riche, grand chasseur, surmené de façons diverses (sauf les excès sexuels qui ne lui sont plus familiers).

Fin décembre 1901, en revenant de chasser en Allemagne et après s'y être surmené, le malade est pris la nuit, dans un sleeping-car, d'une crise subite d'oppression énorme. Elle cesse vite, mais est suivie de maux de tête persistants. Peu après, les crises d'étouffement se reproduisent, se rapprochent. Elles éclatent toujours la nuit, vers l'aube (5 heures du matin). Des médecins qu'on consulte alors diagnostiquent des crises d'asthme. Un séjour à Monte-Carlo fait cesser les crises pendant trois mois ; puis, celles-ci reparaissent à Paris. A la fin de mai 1902, le Dr Béclère diagnostique une adénopathie trachéo-bronchique et de l'aortite légère : on fait un nouveau traitement spécifique cette fois intensif, sans résultat d'ailleurs. Durant trois mois que le malade passe ensuite en Bretagne, les crises cessent. Elles reviennent à Paris, s'amendent l'hiver à Monte-Carlo. En mars 1903, à la suite de cette villégiature d'hiver, retour en Mâconnais où les crises

(1) Rédigée par le Dr Ph. Gounod, directeur des travaux à la Faculté.

reviennent plus intenses, plus fréquentes. L'état général s'aggrave, le malade s'amaigrit et prend un teint caractéristique. Le 23 avril 1902, je constate l'existence d'une artériosclérose d'origine spécifique; cœur de Traube, aortite et dilatation cylindroïde de l'aorte ; et, enfin une néphrite interstitielle nette. Les crises de dyspnée sont de nature urémique, avec poussée d'œdème pulmonaire vrai et rejet de spume sanglante au cours de certaines d'entre elles.

Il y a un double souffle aortique, mais pas de pouls de Corrigan. J'attribue d'emblée l'élément diastolique à la dilatation passive de l'aorte à sygmoïdes rigides et inextensibles, ayant cessé d'être soutenue à son origine par l'embrassement actif des fibres cardiaques. Celles-ci, comme dans tout le reste du cœur, sont sensiblement asthéniques. La suite des choses à vérifié ce point de diagnostic : le souffle diastolique a disparu dès que l'action prolongée du strophantus et aussi la désintoxication générale due au traitement eurent restitué au myocarde une énergie suffisante.

Il existe à la région prétibiale un peu d'œdème latent et du prurit à la peau, bref, *le malade est avant tout un brightique interstitiel arrivé à la période d'intoxication.*

En conséquence, le malade est mis au lit, au régime lacté aux strophantus alternant de 6 jours en 6 jours avec 0 gr. 001 de digitaline cristallisée prise un seul jour. On fait tout d'abord une application de sangsues au carré lombaire, suivie d'une injection interstitielle de 500 grammes d'eau salée à 70/00.

Puis, on met le malade à la macération de deux reins de porc poursuivie 10 jours; 5 jours de repos, reprise 10 jours, etc. Ainsi de suite.

Le 30 avril, l'urine est abondante, toujours albumineuse notablement. Les crises d'oppression sont rares et très atténuées.

5 Avril. — Une seule crise légère; le décubitus dorsal à plat est possible. Il n'y a plus d'œdème permanent des bases pulmonaires. L'albumine a diminué. On cesse la macération de rein.

11 Mai. — Malaises, insomnie, tendance au retour des suffocations. L'albumine augmente; on reprend la macération de rein.

25 Mai. — Au bout de la période de prise de macération, un changement total s'est produit dans l'état du malade. Plus une seule crise même atténuée de suffocations; sommeil parfait; *diurèse très abondante et avec seulement une trace d'albumine.* Des bruits anormaux de la base du cœur sont à peine perceptibles. Bref, énorme amélioration.

30 Mai. — On abrège la pause de macération, qui s'est marquée par du malaise, une moindre diurèse, un peu davantage d'albumine.

15 Juin. — Etat presque définitivement bon. Dès la reprise de la macération, les urines n'ont plus renfermé qu'à de rares intervalles des traces d'albumine. Le malade se lève et circule dans l'appartement sans ressentir ni fatigue, ni essoufflement, ni aucun trouble autre.

10 Juillet. — A la suite d'une nouvelle période de macération de rein, le malade se sent transformé. Le teint est redevenu vermeil. Depuis déjà près d'un mois on a fait succéder au régime lacté le régime lacto-végétal avec œufs. Le malade fait sa première sortie en voiture.

Les urines ne renferment plus d'albumine. Le malade part pour la campagne dans le même état le 30 juillet.

Depuis lors, sauf une légère rechute au début de novembre, motivée par un surmenage relatif, le malade demeure dans un état excellent. Au début de novembre, il éprouve de petits accidents corticaux de signification spécifique sans conséquence d'ailleurs. On reprend le traitement spécifique atténué et la macération de reins. Le 20 novembre les urines qui étaient redevenues légèrement albumineuses sont derechef dépourvues d'albumine.

Le 5 décembre, l'état général est aussi bon que possible. Depuis 3 jours on a cessé la macération de rein. Malgré cela, les *urines ne renferment pas trace d'albumine.* Le malade, toujours au régime lacto-végétal avec œufs vit de la vie ordinaire sans aucun incident particulier.

Je vais maintenant fournir un exemple de l'action de la macération de rein sur une albuminerie non plus brightique, mais bien liée à une affection cardiaque. J'ai choisi un cas de myocartite, parce qu'ainsi on n'a pas à tenir compte des troubles de détails liés à une maladie orificielle définie et qui parfois compliquent singulièrement l'analyse des symptômes.

Obs. 12. — *Myocardite par grippe et surmenage, arythmie; rein cardiaque, albuminurie et signes nets d'insuffisance rénale.* (Observation recueillie par M. le Dr Choupin, de Saint-Etienne).

F. P..., 59 ans, chef de grande industrie, surmené, faisant ordinairement des éliminations urinaires réduites. En 1898, grippe sévère. Depuis lors, tous les hivers, rhumes d'apparence infectieuse, qualifiés « grippe ». Le cœur marche mal, sans lésion orificielle : il est arythmique. Il y a de la dyspnée d'effort. Pas d'albumine dans les urines.

En janvier 1903, tout ceci se complique de surcharge veineuse des parenchymes. Le foie devient gros et douloureux, et il se produit un peu d'œdème prétibial et d'œdème pulmonaire permanent, s'accusant par un peu de râle muqueux aux deux bases. Puis le myocarde cède; le cœur se dilate peu à peu. Il se produit enfin des accès dyspnéïques menaçants et qui résistent à toutes les médications appropriées ordinaires, au début de mai. On constate alors pour la première fois l'existence de l'albumine à 1 gr. 720 par litre d'une urine rare, concentrée, non totalisée alors, mais oscillant autour de 400 grammes en 24 heures.

9 Mai. — Appelé en consultation, le Pr Renaud constate l'existence d'un souffle intense à la pointe, dont le caractère orificiel est même mis en question. C'est un souffle pur d'insuffisance myocardique pourtant, car il a disparu totalement depuis. Le malade est mis au repos absolu au lit, fait une période de macération de digitale, suivie d'une de théobromine. Enfin, on administre le strophantus à 3 milligrammes par jour, régime lacté absolu, ingéré abondamment (plus de 4 litres par 24 heures).

L'émission urinaire remonte péniblement à un litre par jour. L'albumine augmente. La dyspnée, l'arythmie du cœur et du pouls persistent. Le malade se cyanose. C'est l'asystolie progressive typique, avec croissance progressive des œdèmes périphériques.

30 Mai. — Nouvelle consultation. Le malade est dès lors soumis à la médication par la macération de rein (par séries de 10 jours, séparées par un repos de cinq).

Presque de suite, le malade se trouve transformé. Du premier au six mai, la diurèse qui de suite a atteint 1.400 cc. s'élève progressivement à 1.800 cc. par 24 heures. En même temps, la cyanose et la dyspnée disparaissent; l'appétit renaît, la langue se dépouille. Il se produit des sueurs profuses « à odeur de rein de porc » et une éruption de miliaire. *L'albumine descend de 2 gr. 4336 à 0 gr. 447 par 24 heures.*

Dans l'intervalle des prises de macération (du 9 au 19 juin) qu'on a peu prolongé, voici la marche de la diurèse :

9 Mai.....	1400 cc.	13 Mai.....	1000 cc.	17 Mai.....	1200 cc.
10 »	1250	14 »	1250	18 »	1250
11 »	1200	15 »	1300	19 »	2600
12 »	1400	16 »	1500		

Voici maintenant la marche de la diurèse pendant la seconde période de macération :

20 Juin.....	2050 cc.	24 Juin.....	1400 cc.	28 Juin.....	1200 cc.
21 »	1850	25 »	1200	29 »	1200
22 »	1500	25 »	1150	30 »	1150
23 »	1650	27 »	1350	1er Juillet.....	1000

L'albumine est alors réduite à des traces indosables. Le malade va bien, le pouls devient régulier; toute dyspnée cesse. Le régime lacto-végétal est progressivement introduit. L'usage de la macération de rein est poursuivi jusqu'au 12 août.

Tout le masque d'une maladie orificielle du cœur est aujourd'hui tombé. Le malade est à Grasse où il passera l'hiver. Il ne présente plus trace du souffle systolique de la pointe ni aucune surcharge de parenchymes. Il est en somme dans un état satisfaisant; simplement frileux, il accuse fréquemment des douleurs erratiques. Il est à noter qu'avec la suppression de la macération de rein, l'albuminurie, qui avait cessé pour ainsi dire d'exister, a petitement repris. Le tableau suivant montre les variations de la crise urinaire en ses rapports avec la nouvelle médication opothérapique, et la marche de l'albuminurie.

Dates	7 Mai	19 Mai	30 Mai	8 Juin	19 Juin	1er Juill.	29 Juill.	12 Août	31 Août	7 Nov.
	TRAITEMENT ORDINAIRE PAS DE MACÉRATION			Fin de la 1re série de macération	Avant la 2e série	Après la 2e série	Avant la 3e série	Après la 3e série	Sans macération	
Quantité	?	900 cc.	1300	1800	2600	1000	1350	1250	1850	1550
Densité	1025	1032	1021	1016	1009	1022	1020	1023	1003	1028
Réaction	Acide	Acide	Acide	Ac. faib	Acide	Acide	Acide	Alcaline	Acide	Acide
Urée	gr. 29 (pl.)	gr. 31 (pl.)	gr. 32	gr. 30	gr. 22	gr. 20	gr 23	gr. 26	gr. 15	gr. 29
Acide urique	»	»	»	»	»	»	»	»	gr. 0,509	gr. 0,493
Acide phosphorique	gr. 3,87	gr. 3,80	gr. 2,659	gr. 3,09	gr. 2.445	gr. 2,510	gr. 2,876	gr. 2,660	gr. 1,865	gr. 3,210
Rapport	1/8	1/8	1/12	1/10	1/9	1/8	1/8	1/9	1/8	1/9
Albumines	gr. 1,720	gr 1.133	gr. 2.433	gr. 0.447	gr 0,217	tr indos	tr. faib.	gr 0,213	tr. indos	gr. 0,348
Coeff. d'Oxyd	»	»	0,76	0,81	0,80	0,86	0,83	0,87	0.88	0,39
Sediment	urates	Leucocytes et Hemat.	»	»	»	»	»	Leucocytes rares phosphates A M.	»	mucus et phos A. Mag

Je pourrais multiplier ici les observations analogues; car d'ores et déjà j'en ai pu rassembler un grand nombre. Elles ne nous apprendraient en somme rien de plus. Les effets diurétiques, antitoxiques puissants de la macération du rein s'y exercent avec régularité. Et un effet également constant de son emploi systématiquement prolongé, c'est la réduction de l'albumine nombre de fois poussée jusqu'à la disparition. Je citerai cependant un dernier cas, parce qu'il ne ressemble point du tout aux autres. Voici l'observation très résumée, recueillie par mon distingué élève le Dr Choupin :

Obs. IV. — *Alcoolisme, néphrite interstitielle, gros foie avec ascite, bronchite, albuminurie et œdème permanent des bases pulmonaires. Hypertrophie brightique du cœur, œdèmes périphériques.*

St C..., ancien boucher, 53 ans, buvait quotidiennement cinq litres de vin. Il est albuminurique depuis trois ans, et a eu à plusieurs reprises des accidents urémiques. La crise actuelle, caractérisée par l'ensemble des accidents énoncés dans le titre de l'observation, a résisté absolument au traitement classique : (lait, digitaline, théobromine, saignée, purgatifs, etc.) Quoi qu'on fasse, l'ascite monte, les suffocations deviennent plus intenses et plus fréquentes : le malade périclite absolument.

Le 10 novembre 1903, le traitement par la macération de rein est institué en ses formes ordinaires. L'urine, *de un verre par jour*, est revenue au taux d'émission normale de 1 500 grammes. Les congestions viscérales, l'ascite et l'anasarque, ont disparu présentement. Le foie, qui dépassait le bord inférieur des côtes de tout un travers de main, ne les déborde plus que de deux travers de doigts. L'hyperkinésie et l'hypertrophie cardiaques ont diminué de large façon. En effet, il n'y a plus de signe de dilatation cardiaque. Fonctionnellement, le malade va aussi bien que possible. Il n'est, naturellement, pas du tout guéri, mais il se considère comme tel. L'albuminurie persiste, très réduite. L'usage de la macération de rein a été continué jusqu'à présent. Le malade du reste, n'y veut pas renoncer, tant il établit nettement un rapport de cause à effet entre la médication prescrite et l'amélioration survenue.

Maintenant, de ce qui précède, je conclurai ceci :

1° — La macération de rein, appliquée aux malades atteints d'insuffisance urinaire, constitue l'une des médications les plus actives et les plus efficaces qu'on ait proposées jus-

qu'ici. Mieux que n'importe quel moyen connu, elle ouvre le rein annulé par l'œdème anémique. Elle le fait rapidement et sûrement, même alors qu'on a pas fait précéder son emploi de la déplétion rénale obtenue par une application de sangsues au triangle de J. L. Petit. Elle exerce avec rapidité des effets diurétiques iutenses. Quand elle est prolongée suffisamment, elle ramène l'émission urinaire à sa normale et elle l'y maintient. Elle le fait sans exercer aucune vulnération sur le rein malade.

2° — Cette méthode a sur la plupart des autres cet avantage, qu'elle réduit sûrement l'albumine émise par le rein insuffisant tout en remettant celui-ci en pleine activité. Elle peut même faire disparaître l'albumine pendant de longues périodes. Elle pourrait en conséquence, avoir des chances de favoriser, par le repos fonctionnel prolongé la restauration des épithéliums rénaux d'ordres glandulaires, dans les cas, en somme assez nombreux, où une telle restauration est histologiquement possible.

3° — C'est là, comme l'a découvert et indiqué d'emblée Raphaël Dubois, une méthode antitoxique au premier chef. L'antitoxine consiste dans les préproduits de la sécretion glandulaire des cellules épithéliales des tubes contournés à bordure en brosse. Le fait capital indiqué paa R. Dubois consiste dans ce que cette antitoxine n'est pas détruite par son passage dans le tube digestif. Ce fait a seul permis de l'appliquer à la thérapeutique rénale. Introduite *per os* dans l'organisme, elle y exerce de véritables effets de désintoxication. Elle peut en revanche, soit dès son introduction, soit par son accumulation dans le milieu interieur provoquer de petits accidents subtoxiques, (prurit, urticaire, miliaires, crises sudorales, et au bout d'une dizaine de jours un peu d'embarras gastrique).

4° — A part cela elle n'a jamais déterminé, dans les nombreux cas où moi et mes élèves l'avons mise en jeu, d'accidents réels. Elle a au contraire exercé son action de désintoxication de façon progressive et régulière à peu près sans accident. L'hypertension artérielle, le galop de Traube, la tendance du cœur des brightiques interstitiels à la dilatation passive terminale, ont toujours rétrogradé sous son influence, pourvu que cette dernière ait été maintenue suffisamment prolongée.

5° — C'est donc là une méthode thérapeutique qu'il faut introduire dans l'usage courant et même mettre en jeu dès le début dans toutes les néphrites. Non qu'il faille la subsistuer seule aux autres moyens thérapeutiques reconnus jusqu'ici utiles ; il convient seulement de l'adjoindre à ces mêmes moyens, toutes les fois notamment que ceux-ci ne lèvent pas une insuffisance rénale surtout si elle est parvenue à la période d'intoxication soit pré-urémique, soit urémique confirmée.

6° — Le seul inconvénient réel de cette méthode consiste dans la nécessité de préparer quotidiennement et convenablement la macération de rein. Je l'ai, pour mon compte, habituellement en faisant comprendre aux malades et surtout à leur entourage, qu'il faut le plus souvent pallié de la part du médecin, du patient lui-même et de ceux assistant ce dernier, un collectif consentement à prendre quelques peines pour sauver une vie.

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIETE DE THERAPEUTIQUE

Séance du 23 Décembre 1903

Présidence de M. Du Caste

M. Viallard donne communication d'une observation concernant le *traitement de la syncope par excitation de la conjonctive.* Il s'agit d'une femme atteinte d'hémorragie puerpérale grave, tombée en syncope. Tous les excitants ordinaires s'étaient montrés insuffisants, et l'on était en train d'examiner la pupille, lorsqu'une goutte d'une solution d'ergotine destinée à une injection hypodermique tomba par mégarde sur la conjonctive bulbaire. Aussitôt, la malade revint à elle.

Cet effet est, en somme, analogue à celui que provoquent les vapeurs de vinaigre ou d'ammoniaque, remède populaire de la syncope. Il est plus que probable que l'excitation de la conjonctive par les vapeurs irritantes joue ici le rôle principal.

M. Laumonier lit une note sur *quelques applications du glycogène.* Dans le diabète, la cellule hépatique semble avoir perdu la faculté de fixer le glycogène : on se souvient d'une observation de Frerichs, qui, ayant enlevé sur un diabétique vivant une parcelle du foie, constata qu'elle contenait très peu de glycogène. Chez le diabétique, le glycogène s'accumule en outre dans d'autres organes : il y a là une vicariance des organes.

Peut-on, en administrant du glycogène, influencer ces deux phénomènes? L'orateur a essayé sur des chiens rendus diabétiques par la phlorhydzine : la diminution du diabète a été considérable, et ce sont surtout les symptômes autres que la glycosurie qui se sont améliorés.

L'orateur dispose, en outre, de deux observations de diabète compliqué d'albuminurie. Ces cas présentaient des difficultés thérapeutiques, puisqu'on risquait, en ordonnant le régime lacté d'affaiblir les malades. Grâce au glycogène, il fut facile de prescrire le régime lacté assez long, temps pour guérir l'albuminurie.

L'orateur ne croit pas qu'il soit actuellement possible de donner une interprétation satisfaisante de l'action du glycogène dans le diabète et d'autres affections.

M. Linossier fait remarquer que le régime lacté exerce souvent, dans le diabète, une action thérapeutique marquée : grâce à ce régime, on diminue l'alimentation, que l'on a trop de tendance à exagérer chez le diabétique, bien que ses facultés d'assimilation soient compromises. On peut voir disparaître le sucre par le régime lacté.

M. Laumonier répond que dans les cas qu'il a observés, il a obtenu une diminution très notable du sucre, qui s'est maintenue après que l'albuminurie eût disparu et que le malade eût repris un régime lui convenant mieux que le régime lacté.

M. Mathieu estime qu'il faut diviser les diabétiques en deux groupes : ceux chez lesquels le lait fait disparaître le sucre et ceux chez lesquels il l'augmente. Il faudrait étudier l'action du glycogène chez ces deux catégories de malades : en tous cas, le glycogène n'est pas un aliment : on le donne à des doses de 1 gramme, qui ne sauraient améliorer la nutrition. Le glycogène rappelle à ce point de vue la somatose, qui n'est pas non plus un aliment, puisque des doses de 10 grammes provoquent de la diarrhée.

M. Chassevant est d'accord avec l'orateur précédent. Le glycogène, comme la lécithine, agit par un mécanisme encore inconnu : ce n'est pas un aliment. Ensuite, nous ne savons pas si, au cours de la préparation du glycogène, on s'est mis à l'abri de l'entrée, dans la substance extraite, d'autres produits exerçant dans le foie des actions chimiques différentes du glycogène.

M. Hirtz a donné le glycogène à trois diabétiques : chez une jeune fille de 10 ans, éliminant en moyenne 80 grammes de sucre en 24 heures, le glycogène n'abaissa pas ce chiffre, mais il exerça une action stimulante sur l'état général. Même résultat dans un second cas. Dans un troisième, concernant un diabétique tuberculeux, l'action du glycogène fut nulle. En outre, le glycogène est très cher, au moins jusqu'à présent.

M. Barbier revient sur l'*alimentation du nourrisson*. Pour fixer la dose de lait de vache, il faut aller à tâtons. Quant aux coupages, avec lait stérilisé industriellement, on commence aujourd'hui à leur préférer dans bien des cas le lait cru de provenance sûre. Le lait stérilisé nous a rendu l'immense service d'habituer les familles à surveiller leur lait. Quant à la minéralisation, elle constitue une grosse question. Tout dernièrement on a reconnu qu'il suffit pour faire digérer mieux le biberon, d'y ajouter un peu de sel de cuisine.

M. Blondel constate, qu'au service de la Maternité de la Charité, on fait depuis quelque temps des expériences déjà très concluantes sur la valeur de l'addition de petit lait au lait de vacbe stérilisé, au lieu d'eau. Ces expériences ne se rapportent qu'à un petit nombre de cas, mais M. Blondel se propose de publier prochainement un tnavail d'ensemble sur cette question.

Le petit lait est stérilisé à froid à la bougie Chamberland, le lait stérilisé à chaud. Les résultats obtenus sont remarquables, si, au bout de quelque temps, on vient a reprendre, à titre d'expérience, l'ancien mode d'alimentation, aussitôt les courbes d'augmentation de poids s'en ressentent.

On ne doit pas oublier que dans le petit lait stérilisé à froid, on conserve les oxydases et les ferments vivants du lait : ces principes jouent un rôle encore mal connu dans la nutrition, mais ce rôle est fort probablement considérable.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses

Dr LESAGE

Médecin des hôpitaux.

Traitement du typhus exanthématique, par le Pr COMBEMALE (*Echo Médical du Nord*, 6 décembre 1903). — Le traitement est prophylactique et symptomatique.

Le premier, très important au point de vue de la contagion presque toujours directe, consiste à isoler le malade, à combattre l'encombrement en aérant les locaux, à désinfecter les vêtements, la literie des malades, qui seront débarrassés à leur arrivée dans une ambulance de la vermine apparente ou cachée par un bain alcalin ou savonneux. Les locaux antérieurement occupés par eux, seront désinfectés par la combustion de soufre, tandis que les murs seront badigeonnés à la chaux. Les personnes qui soignent les typhiques devront prendre des soins particuliers de propreté.

Le traitement symptomatique consiste à combattre d'abord les phénomènes nerveux, et particulièrement l'ataxo-adynamie. Le meilleur moyen est le bain froid à 20° de huit minutes environ de durée, avec compresses froides sur la tête. Sorti de l'eau, le malade est entouré d'une couverture de laine, sans être essuyé et remis dans son lit. On donnera en même temps des excitants, une cuillerée d'une potion à l'acétate d'ammoniaque pour éviter le collapsus cardiaque au moment du bain. Quatre à six bains froids par jour suffisent pour faire tomber le délire et parfois ramener le sommeil. L'utilité des antithermiques et des nervins est contestable. La quinine ni l'antipyrine n'abaissent la fièvre. Le chloral doit être évité en raison de son action dépressive sur la circulation. Les bromures, le musc sont anodins dans la plupart des cas.

A la première défaillance cardiaque, il faut user du camphre, sous forme d'injections hypodermiques d'huile camphrée, suivant la formule :

Huile camphrée au dixième	20 grammes
Ether sulfurique	2 —

Deux à six centim. cube par jour.

Ou en lavements, suivant la formule :

Camphre	0 gr. 25 à 0 gr. 50
Jaune d'œuf	0 gr. 40
Eau tiède	200 grammes

La caféine, l'éther sulfurique, l'acétate d'ammoniaque seront utilisés dans le même but, quand le collapsus cardiaque s'installant, des troubles respiratoires nécessitent une intervention. Il faut combattre la constipation, par exemple, en donnant 20 grammes de sulfate de magnésie tous les deux jours, ou par un lavement simple ou glycériné.

Dans le typhus, on devra nourrir la fièvre ; outre le lait, le bouillon, les boissons acidulées, on donnera même des potages épais et des œufs. On pourra permettre d'une façon discrète le café, les grogs, l'eau rougie. Chez les alcooliques, il faudra employer largement la potion de Todd, l'eau-de-vie vieille, le champagne pour maintenir l'équilibre du système nerveux dans le cas d'intoxication alcoolique chronique.

Comme soins hygiéniques, la bouche et le nez réclament une attention particulière, par suite des fuliginosités qui encrassent les dents. L'eau dentifrice est la meilleure solution détersive. On peut employer le collutoire suivant :

Liqueur de Labarraque	5 grammes
Eau	200 —

ou bien :

Acide nitrique alcoolisé	2 grammes
Eau nitrique	200 —
Sirop de mûres	25 —
Miel rosat	25 —

Dans la convalescence, fort longue, l'indication principale sera de reconstituer le malade. Dans la déferves ence, on permettra sans réserve l'alimentation réclamée, en choisissant les aliments les plus alibiles.

L. JUMON.

Le sérum antidiphtérique dans la pratique (*Deutsche med. Wochenschrift*, 10 déc. 1903). — Winselmann s'étonne que les publications concernant ce sérum proviennent presque exclusivement de services hospitaliers; les praticiens devraient communiquer plus souvent à la presse médicale les résultats qu'ils obtiennent. L'auteur dispose de deux cent cinquante cas, sans aucun décès. La diphtérie naso-pharyngienne est la plus difficile à combattre, simplement parce que ses débuts échappent à l'attention : quand le médecin est appelé à intervenir, le processus morbide existe déjà depuis deux ou trois jours dans la région de l'amygdale pharyngienne.

Dans six cas graves, traités tardivement, de croup, on dut faire la tra·héotomie.

L'auteur compare sa statistique actuelle à celle d'avant la sérothérapie : la différence est considérable : la durée de la maladie se calcule par jours, alors qu'autrefois on comptait par semaines. Les cas les plus graves ont guéri sans encombre; il suffit d'augmenter les doses de sérum. Les mauvais résultats signalés doivent tenir à la timidité des praticiens, à leur hésitation en présence d'un diagnostic douteux, etc.

E. Vogt.

Tétanos et acide phénique, par G. Leone, (*Il Policlinico. Seg. pratica.* n° 18, 1903). — Dans un cas très grave de tétanos on injecta dans l'espace de 21 jours, 6 gr. 90 d'acide phénique, à 3 0/0. On commença par injecter un centimètre cube de solution par kilogramme de poids du malade. Après huit jours de ce traitement l'amélioration était évidente; l'auteur voulut alors diminuer la dose d'acide phénique, mais ayant observé une reprise intense des manifestations tétaniques, il dut revenir aux doses initiales. La convalescence dura une semaine; vingt-huit jours après le commencement du traitement, le malade vaquait à ses occupations.

A. L. Percival.

Chirurgie générale

Dr Benoit

Ancien interne des hôpitaux

Méthode ambulatoire. Appareils de M. R. Sorel (du Havre). (*Presse Médicale*, 17 octobre 1903). — La méthode de traitement par la mobilisation aussi précoce que possible du sujet gagne du terrain. Aussi quelques-uns se trouveront-ils bien de prendre connaissance de cet article, orné de figures, dont voici d'ailleurs le résumé très compréhensible, ces appareils étant fort peu compliqués. Voici la description qu'en donne M. L. Guitard, ancien interne du service chirurgical de l'hôpital Pasteur du Havre. M. Sorel applique systématiquement ces appareils aux *fractures de jambe* et de *cuisse*. Accessoirement, ils conviennent aux suites d'interventions de chirurgie osseuse du membre inférieur, la résection du genou par exemple.

Appareil pour fracture de jambe. — C'est un étrier de métal, fixé par des bandes plâtrées. Cet étrier est en métal renforcé à la partie inférieure des lames latérales et de la semelle. La hauteur latérale des lames : varie leur écartement est de 8 cent. 1/2 au niveau de la semelle. La *hauteur* est mesurée suivant la longueur de la jambe à partir des tubérosités du tibia, et en ajoutant 4 centimètres, distance qui doit être laissée vide entre la plante du pied et la semelle de l'étrier, dans le but de soustraire, pendant la marche, le pied à la pression du sol et à reporter sur les condyles du tibia cette pression qui représente le poids du corps.

Application. — Extension et contre-extension, comme d'habitude. La fracture réduite, on enroule directement sur la peau, en serrant bien chaque tour de bande, une bande plâtrée de huit feuillets de tarlatane longue de 8 mètres, large de 10 centimètres, en commençant juste au-dessus des malléoles pour terminer au niveau des tubérosités du tibia. Les mouvements de l'articulation du genou restent donc libres. On moule les fragments en place, par ce premier tour. On place ensuite l'appareil bien dans l'axe, et on le fixe avec le reste de la bande plâtrée, que l'on roule cette fois de haut en bas sur les lames métalliques, pour s'arrêter au niveau des malléoles, c'est-à-dire au point de départ. Une bande de toile bien serrée assure la dessication rapide du plâtre : on l'enlève après quelques heures. On termine en faisant la compression méthodique du pied laissé libre avec une bande de flanelle qu'il sera bon de laisser en place pour empêcher l'œdème du pied.

Dans les *fractures bimalléolaires* avec fort déplacement, les circulaires de plâtre commenceront au-dessous du foyer : par conséquent l'articulation tibio-tarsienne se trouvera prise. Le malade peut commencer à marcher dès le lendemain et l'appareil est laissé en place trente jours; lorsqu'on l'enlève, le malade peut marcher.

Appareil pour fracture de cuisse. — Avant d'appliquer cet appareil, on fait un pansement ouaté compressif du bas du pied jusqu'au dessus de la rotule; on applique l'extension con-

tinue jusqu'à la disparition du gonflement. Lorsqu'on place l'appareil, on laisse le pansement compressif en place, de même plus tard, afin d'éviter l'œdème de la partie inférieure du membre.

Description. — M. Sorel se sert ici d'une tige recourbée en étrier vers son extrémité et qu'il applique en dedans du membre, sous le nom de tige de cuisse. Cette tige est divisée en deux parties qui forment prolongement l'une de l'autre, l'une répondant à la jambe, l'autre à la cuisse. La première, qui a environ 40 centimètres de longueur, est munie de verrous qui servent à fixer la seconde ; elle se termine en bas par une partie recourbée formant semelle et protégée par une rondelle de caoutchouc qui s'oppose au glissement.

Application. — La fracture réduite, on place le malade sur le bout de la table d'opération et, partant du condyle interne, on enroule directement sur la peau une bande plâtrée large de 10 centimètres, longue de 6 mètres, à huit feuillets de tarlatane. On garantit la peau des écorchures au pli fessier, en interposant un morceau de flanelle. On aura soin de faire au-dessous de l'ischion plusieurs tours de bande plâtrée, de manière à renforcer l'appareil à ce niveau, où portent les pressions pendant la marche. La tige se place ensuite sur le *côté interne* du membre, dans l'axe de la jambe, de manière à dépasser le pied de 5 centimètres au moins. On enroule comme précédemment la bande autour de la tige, en descendant jusqu'au genou. On mettra, en outre, une bande de toile roulée de haut en bas, pour favoriser le séchage. On laisse cet appareil en place quarante ou cinquante jours. Pendant ce temps, on fait faire des mouvements à la jointure du genou ; de cette manière, aucune raideur articulaire n'est à craindre. Aussitôt après l'ablation de l'appareil, le malade pourra marcher. La solidité de ces appareils doit être, comme il convient, proportionnée au poids du corps.

Après la *résection du genou*, quinze jours après le premier pansement, le membre étant immobilisé comme d'habitude dans une gouttière plâtrée, on enlève les points de suture et, préparant une tige de cuisse et la bande plâtrée large dont nous avons parlé : on fixe cette tige entre les deux séries de tours de bande montante et descendante, comme pour la fracture de cuisse. On aura espacé comme il convient les tours de bande en approchant du genou, afin de permettre les pansements, s'il y a suppuration. La marche sera donc possible, avec point d'appui sur l'ischion. On peut ne pas enlever l'appareil de deux ou trois mois.

Avantages. — Ces appareils permettent de mobiliser toutes les articulations, de faire l'extension continue; ils sont facilement applicables. Il est inutile d'emprisonner le pied et le cou-de-pied, comme beaucoup de chirurgiens le font encore. Allant des malléoles exclusivement aux tubérosités du tibia exclusivement, l'appareil de jambe est suffisamment solide pour permettre des exercices violents, qu'il sera bon d'empêcher dans les premiers jours du traitement ambulatoire.

A. Benoit.

Cinquante cas consécutifs d'ulcère perforant de l'estomac et du duodénum, traités par la laparotomie, par Crisp English (*Royal med. and chir. Society*, 24 novembre 1903). — Les perforations aiguës ont été traitées à Saint-George's Hospital. Sur 42 ulcères gastriques il y a eu 22 guérisons, et 2 guérisons sur 8 ulcères du duodenum. Des symptômes prémonitoires se sont montrés dans 20 0/0 des cas, surtout dans les cas d'ulcération grave et de longue durée. Dans un grand nombre de cas il y a eu une période de calme après le collapsus. Les vomissements sont survenus dans 75 0/0 des cas. La matité du foie était normale dans 11 cas, absente dans 12 et diminuée dans 20 cas. La perforation s'est montrée avec la plus grande fréquence au niveau de la petite courbure, avec moins de fréquence vers le pylore. Des complications sont survenues dans 13 cas sur les 24 opérés avec succès, et dans 8 cas qui ont survécu 24 heures. Parmi certaines complications, on note la parotidite, la pleurésie, la thrombose veineuse et l'hématémèse. Sept cas ont présenté les symptômes et les signes d'une perforation qui n'existait pas à la laparotomie. Dans trois cas on ne trouve rien d'anormal, dans un cas il existait un œdème sanguinolent de l'épiploon gastrique, dans un cas un petit kyste de l'ovaire rupturé et dans un cas une appendicite. L'auteur dans ses opérations a une tendance à éviter le drainage. Dans les 24 cas opérés avec succès, 17 se sont rétablis, dans 12 cas les symptômes gastriques ne sont pas revenus : dans 4 il subsista une dyspepsie légère et dans un cas les symptômes étaient attribuables a des adhérences péritonéales.

L. Jumon.

Sur le traitement du cancer par le cinnamate de soude, par Lowell Drage (*Brit. méd J.*, 12 décembre 1903).—Les résultats satisfaisants obtenus dans le traitement des fibromes utérins par l'essence de cannelle, ont été le point de départ de discussions concernant son mode d'action. L'auteur l'a employée à larges doses dans un cas inopérable de cancer du sein.

Les résultats furent satisfaisants. Aussi, eût-il recours dans la suite à une solution de cinnamate de soude à 10 0/0 dans la glycérine, pour être employée en injections. Dans la tuberculose, Drage a obtenu de bons résultats en injectant 30 gouttes de cette solution par semaine. Le traitement a pour effet de provoquer ou de hâter la transformation fibreuse. Les résultats ont été moins apparents dans les cas de cancer.

Cependant, les engorgements ganglionnaires secondaires disparaîtraient rapidement, mais, quoique la tumeur ne s'étende pas aux tissus voisins, elle ne disparaît pas complètement. Poursuivant ses expériences, l'auteur a pu cependant constater la disparition de ce qui fut diagnostiqué comme étant un cancer du sein chez deux femmes de 40 ans, dont l'une était en traitement depuis sept mois.

Les injections de cinnamate de soude agiraient favorablement sur le cancer en déterminant d'abord une leucocytose, puis secondairement, une transformation fibreuse dans le tissu cancéreux. Le traitement réussirait d'autant mieux que la tumeur serait à ses débuts et la malade moins âgé.

L. Jumon.

Notes sur quelques cas de cancer traités par les rayons Rœntgen, par de Nobele (*Journ. de Phys otherapie*, 15 décembre 1903). — L'auteur estime qu'il est regrettable de devoir constater, quand on parcourt la littérature déjà si étendue de la radiothérapie du cancer, que tant d'auteurs négligent de signaler dans tous ses détails la technique qu'ils ont suivie. C'est là la cause de bien des insuccès de la part de ceux qui ont voulu les suivre.

Tous les cas de cancer ne sont, en outre, pas également justiciables de la radiothérapie; il faut savoir choisir les cas favorables et pouvoir conduire avec tact le mode d'application des rayons, s'arrêter quand la réaction inflammatoire commence à se montrer, reprendre le traitement en temps opportun, etc.

Nous renvoyons à l'original pour la description des appareils employés par l'auteur, qui répète généralement les séances jusqu'à apparition des symptômes de dermatite; à ce moment il interrompt l'application des rayons et ne recommence que lorsque toute irritation a disparu; c'est pendant cette période de réaction que se fait le travail le plus utile de réparation.

L'auteur publie trois cas, dont voici le résumé : Le premier cas fut guéri après un mois de traitement; la guérison s'est complètement maintenue jusqu'à présent. Dans le deuxième cas, la guérison fut obtenue à la suite de deux périodes de un mois de traitement, et, après un an et deux mois, elle s'était encore maintenue complète. Dans le troisième cas, le succès ne fut que partiel, la lésion étant trop étendue, trop profonde, l'état général trop mauvais, dès le début du traitement.

L'auteur admet en conséquence que les rayons Rœntgen ont une action très manifeste sur les tissus épithéliomateux, et s'ils ne parviennent pas toujours à les faire disparaître, ils peuvent au moins enrayer leurs progrès et retarder leur marche envahissante.

Il s'agissait dans les trois cas d'épithéliomas de la face.

E. Vogt.

Résultats obtenus dans le traitement de carcinomes et de sarcomes par les rayons émanant du radium (*Académie impériale des sciences de Vienne*, 15 novembre 1903). — Exner présente un rapport d'ensemble sur tous les cas, au nombre de neuf, traités, jusqu'ici, par le radium sous sa direction.

Dans deux cas, le traitement avait fait disparaître des métastases sous-cutanées (mélanosarcome et carcinome du sein) Ce résultat reste acquis aujourd'hui, cinq mois après le traitement. Dans un cas de cancer inopérable de la cavité buccale, on observa une régression complète d'une ulcération, mais le microscope montra que toute trace de néoplasme n'avait pas disparu.

En résumé, il ne faudrait pas, dans l'état actuel de la question, renoncer à l'intervention sanglante quand on en peut espérer un bon résultat : le traitement par les rayons de Becquerel doit être réservé aux tumeurs inopérables.

E. Vogt.

Prothèses à la vaseline ou à la paraffine ? (*Deutsche med. Wochenschrift*, 24 décembre 1903). — Eckstein reprend cette question qui a donné lieu à beaucoup de controverses, et se range parmi les partisans de la paraffine (point de fusion optimum 50 à 58 0/0). Il n'accepte pas la proposition de Gersuny, tendant à employer la vaseline, mais à ne l'injecter qu'à un moment où elle présente une consistance pâteuse, car la vaseline, à la température du corps, devient liquide et les embolies tardives sont toujours possibles. Avec la paraffine, injectée à l'état liquide, les conditions sont inverses, car elle se solidifie pour ainsi dire de suite après l'injection. Si on obtient, avant l'injection, de l'ischémie au moyen d'adrénaline, on se met absolument à l'abri de toute embolie avec la paraffine : avec la vaseline, le danger

reparaît dès que les effets vaso-constricteurs de l'adrénaline ont cessé.

On a accusé la paraffine de provoquer des nécroses cutanées, mais on oublie qu'un corps solide perd de son volume en se refroidissant; en outre, on évite les brûlures en chauffant la canule dans l'eau et non à la flamme.

Il ne faut pas croire que la paraffine soit difficile à doser : si on l'injecte avec une seringue bien construite, sans se presser, on réussit aisément.

La paraffine trouve des indications toutes spéciales dans une série d'affections (hernies ombilicales, pelotes inguinales en cas de hernie inguinale, fissures palatines, etc,).

E. Vogt.

Maladies des Voies digestives

Dr Soupault

Médecin des hôpitaux

La dyspepsie hyposthénique. Traitement médicam nteux. Hygiène spéciale. (*La Presse Médicale*, 19 décembre 1903. — Martinet pour stimuler la sécrétion gastrique, préfère l'acide phosphorique à l'acide chlorhydrique :

Acide phosphorique....	5 ou 10 gr.
Phosphate acide de soude.....	20 gr.
Eau distillée.....	200 c.c.

Une cuillerée à café à midi et le soir, pendant le repas, dans un verre de boisson.

Si cette dose est bien tolérée, ne détermine ni gastralgie, ni diarrhée, on élèvera rapidement cette dose à 2 ou 3 cuillerées à café.

A la pepsine amylacée, administrée vers la fin du repas, on ajoutera de la pancréatine; celle-ci doit-être donnée 2 à 3 heures après le repas, avec une poudre alcaline ou en pilules kératinisées.

Pour combattre l'atonie intestinale, une ceinture élastique, en tissu ferme et extensible sans lacets, ni baleines, ni pelotes, rendra de grands services : le meilleur modèle est le bas varices de l'abdomen (*sic*), s'enfilant comme un bas, s'adaptant par simple élasticité.

Le massage abdominal, par effleurage et vibration, est un adjuvant précieux de la ceinture.

Pour aider l'élimination des résidus toxiques, on donnera, en dehors des repas, 2 heures après, une infusion chaude. Les lavages intestinaux agiront dans le même sens.

En cas de flatulence marquée, on prescrira :

Essence d'anis.....	1 goutte.
Charbon de Belloc.....	0 gr. 60
Benzonaphtol.....	0 gr. 40

Pour un cachet, une ou deux heures après le repas.

Essence de menthe ou de badiane XV gouttes.

Crème de tartre.... } Magnésie calcinée.. }	ãã 30 grammes.
Lactose.....	40 grammes.

Une cuillerée à café dans un peu d'eau, 2 heures environ après les deux principaux repas.

E. Vogt.

L'iodipine employée comme moyen d'apprécier l'activité des mouvement de l'estomac. N. P. Van Spanje (Amsterdam), *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 3 octobre 1903). — Les procédés d'exploration basés sur l'emploi de la sonde dans le but de connaître l'activité secrétoire ou motrice de l'estomac, présentent de nombreux inconvénients. L'auteur rappelle quelques tentatives faites pour apprécier la motricité de l'estomac d'après le moment de l'apparition dans l'urine de produits de décomposition de substances dont l'absorption ne commence qu'au duodénum (KI, salol), Heichelheim a proposé dans ce but, l'ingestion d'iodipine, combinaison d'iode et d'huile de sésame, réfractaire à l'action du suc gastrique, mais décomposée comme toutes les graisses dans les sucs intestinaux. L'auteur, se basant sur des recherches expérimentales et cliniques détaillées pose les conclusions suivantes : l'iodipine (10 0/0) n'est décomposée ni par la salive, ni par le suc gastrique; dans les cas d'occlusion des voies biliaires, elle n'est pas décomposée dans l'intestin et elle peut donc être employée pour connaître la pénétration ou la non pénétration de la bile dans l'intestin. L'emploi de l'iodipine est certainement l'un des moyens les plus pratiques pour se former une opinion snr la motricité de l'estomac, lorsque la sonde gastrique ne peut être employée pour l'une ou l'autre cause. Chez l'individu normal, après ingestion de 1,6 grammes d'iodipine, dans du lait, simultanément avec un repas d'essai ordinaire, (sans capsules), la réaction de l'iode libre apparaît dans la salive dans l'espace d'une heure. Lorsque la réaction de l'iode tarde plus d'une heure en l'absence d'ictère, il y a lieu d'admettre une insuffisance motrice de l'estomac, soit par rétrécissement du pylore, soit par faiblesse musculaire de l'estomac.

R. Wybauw.

Indications et résultats de l'opération de Talma dans la cirrhose atrophique du foie (*Deutsche med. Wochenschrift*, 26 novembre 1903). — Lenzmann rappelle la distinction entre la cirrhose alcoolique (atrophique) et la cirrhose hypertrophique; elle lui paraît trop absolue, car il existe de nombreuses formes de passage. Quoi qu'il en soit, l'opération de Talma ne semble s'adresser qu'à la cirrhose atrophique ; cependant tous les cas de cette forme ne sont pas accompagnés d'ascite, et l'ascite se rencontre dans des cas de cirrhose hypertrophique. L'auteur estime en conséquence que les seuls troubles de la circulation intrahépatique ne suffisent pas à provoquer l'ascite : celle-ci dépend en outre du fonctionnement du cœur et du développement d'une circulation collatérale. Si le ventricule droit suffit à sa tâche, il peut arriver qu'aucune stase ne se développe, même dans un foie très atrophique, si en même temps une circulation collatérale suffisante s'est établie. Inversement, un cœur affaibli peut provoquer de la stase dans un foie encore hypertrophié ; on observe souvent ce phénomène comme accident initial dans les altérations valvulaires du cœur avec troubles de compensation.

L'opération de Talma a, comme on sait, pour but d'établir des anastomoses entre le domaine porte et le domaine des veines caves supérieure et inférieure.

L'ictère ne constitue pas pour l'auteur une contre-indication, car il peut tenir à des troubles cardiaques provoquant une dilatation des capillaires des veines hépatiques avec pression sur les canalicules biliaires. L'ictère ne constitue une contre-indication que lorsqu'il est intense et que les fécès ne contiennent pas de bile. Une autre contre-indication est fournie par les troubles (hémorragie des muqueuses, délires, etc.), permettant d'admettre l'existence d'une acholie.

En résumé, on recourra à l'opération de Talma :

1° Lorsque le foie n'est pas encore nettement atrophié, mais présente déjà les symptômes de gêne de la circulation porte ;

2° Lorsque l'atrophie existe ainsi que l'ascite, mais avec ictère peu marqué ou nul.

E. Vogt.

Traitement des troubles fonctionnels de la défécation, principalement de la constipation, par la suggestion hypnotique (*Soc. des Natur. et méd. Allemands, Cassel* 21-26 sept. 03). — Delius estime que l'automatisme joue un rôle important dans la défécation. En cas de constipation, l'innervation du grand sympathique est avant tout défectueuse, et la suggestion hypnotique réveille l'automatisme endormi : les séances sont faites tous les jours à la même heure : il faut arriver à l'hypnose profonde. Les 84 cas traités ont donné 79 0/0 de guérisons, 15 0/0 d'améliorations et 4 insuccès. 38 0/0 des malades guéris ont été revus ultérieurement; ils étaient restés guéris.

E. Vogt.

Appareil pulmonaire
Cœur et Vaisseaux

Dr G. Lyon

Ex-chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Traitement de la pneumonie, par E. Lees (*British med. J.*, 28 nov. 1902). — Une chose manque au traitement de la pneumonie, c'est une médication spécifique. Aucune médication n'a d'action sur le pneumocoque, comme le salicylate dans les infections rhumatismales ou la quinine contre l'hématozoaire. Le problème consiste à soutenir l'activité vitale du malade jusqu'à ce que le danger soit passé : souvent une prolongation de quarante-huit heures change la défaite en victoire.

C'est habituellement par la faiblesse du cœur droit que la pneumonie amène le dénouement fatal, la distension paralytique du cœur droit amenant l'asphyxie. Dès qu'apparaissent les premiers symptômes de la surcharge du cœur droit, accélération respiratoire, lividité des lèvres et des joues, puis cyanose, une petite saignée peut rapidement dissiper les accidents. On appliquera trois à six sangsues qu'il sera peut-être nécessaire de renouveler trois fois dans la semaine, si la distension ventriculaire qui avait cédé reparaît. A la suite d'une seule application, on peut voir la matité du cœur droit réduite à sa largeur normale ; deux applications de sangsues suffiront le plus souvent.

La quantité totale de sang retirée par trois applications de sangsues ou par une saignée modérée est réellement petite La négligence de cette indication particulière dans la pneumonie, de prévenir la dilatation extrême du cœur droit, est responsable, d'après Lees, pour une large part de la mortalité de la pneumonie. Et, pour l'auteur, aucune réforme n'est plus urgente en thérapeutique que l'adoption générale de la pratique d'une saignée modérée dans quelques maladies du cœur et des poumons.

Pendant la pneumonie, le régime doit être composé d'aliments de digestion et d'assimila-

tion faciles. Le lait remplit ces indications : il a même une action diurétique qui favorise l'élimination des toxines. Cependant l'introduction d'un liquide alimentaire en grandes quantités tend à accroître la dilatation du cœur droit. Pour les deux ou trois premiers jours de la maladie on pourra donner un litre et demi à deux litres de lait par jour. Mais si le ventricule droit commence à se dilater, il est sage de donner de petites quantités d'un aliment très concentré. L'auteur recommande aussi le lait malté dissous dans du lait. Le malade ne souffrira pas de la soif pendant un jour ou deux et pourra prendre de plus grandes quantités de liquide une fois que les sangsues auront soulagé le cœur droit. A ce moment, on pourra donner jusqu'à deux litres de liquide dans les vingt-quatre heures.

Deux indications importantes sont de calmer la douleur et d'assurer le sommeil. S'il est nécessaire, on fera une injection de morphine. Si la douleur est légère, on donnera du bromure, de la chloralamide ou du trional dans un grog chaud. Si la dyspnée intense devient la cause de l'insomnie et de l'agitation, la morphine pourra diminuer l'activité des centres respiratoires, mais elle offre le danger de prédisposer au coma si le cœur droit est distendu. Mais elle peut être très utile au point de vue de la dyspnée et du sommeil, si le cœur est revenu à ses limites normales.

En général, il est indiqué de commencer l'usage des toniques cardiaques dès le troisième ou le quatrième jour de la maladie. La strychnine en injection sous-cutanées est le médicament le plus utile à ce point de vue. L'atropine peut rendre des services, plus chez les enfants que chez les adultes, qui la supportent mal. L'auteur recommande même de ne pas craindre de donner de larges doses chez les enfants, même jusqu'au délire léger, dans les cas d'asthénie cardiaque. La belladone est un reméde plus utile chez les enfants que chez les adultes. L'oxygène, en inhalation, active l'aération du sang des poumons et améliore la qualité du sang envoyé dans le cœur : c'est un vrai tonique cardiaque que l'on doit employer dès l'arrivée de la cyanose pendant cinq minutes par heure même pendant le sommeil. La digitale ne diminue pas toujours la fréquence du pouls dans la pneumonie, surtout si la température est élevée. Elle rend le plus de services lorsque le cœur droit est soulagé, que la fièvre est modérée et que le pouls reste mou et fréquent.

On donnera le carbonate d'ammonium si les bronches sont encombrées. Quoique dit stimuant, l'alcool ne doit pas être considéré comme un tonique cardiaque ; c'est un vaso-dilatateur qui peut ainsi aider le cœur indirectement lorsque la tension est élevée. De petites doses peuvent être utiles, mais de hautes dosés peuvent être nuisibles. Il est absurde de croire que l'alcool peut soutenir le cœur, lorsque le cœur droit est paralysé par la dilatation. Le véritable tonique dans ce cas est la phlébotomie.

Dans la pneumonie, les applications de glace doivent être encore plus libéralement employées que dans la péricardite : mais il faudra appliquer deux ou trois sacs de glace et mettre des bouteilles d'eau chaude aux pieds. On délimite avec le crayon bleu les régions atteintes et on assujéttit les sacs de glace sur cette région à l'aide d'un bandage. Si les malades paraissent d'abord incommodés par la sensation de froid, ils ne tardent pas à ressentir les bons effets de la glace et en réclament l'application.

L. Jumon.

Traitement de la tuberculose par l'emploi combiné de la tuberculine et des composés créosotés, par A. Marechal (*Revue int. de la tub.* décembre 1903). — Si l'hygiène reste la base de tout traitement de la tuberculose, c'est un moyen lent, qui n'agit qu'à longue échéance pour produire dans nos humeurs, les antagonistes des poisons microbiens. En dehors de l'hygiène telle qu'elle est comprise aujourd'hui pour les tuberculeux : aération, lumière, bonne alimentation, l'auteur croit qu'on pourrait favoriser la réaction salutaire de l'organisme contre les bacilles et leurs produits, par deux procédés combinés agissant dans le même sens. D'abord les composés créosotés affaiblissent la vitalité des bacilles et les rendent plus vulnérables ; sous leur influence on voit se développer la propriété agglutinante du sang. Pendant quelques jours le malade est soumis ainsi à l'administration des composés créosotés, puis par des injections de tuberculine à doses très minimes, on provoque une phase passagère et rapide de lutte de l'organisme contre l'envahissement des microbes et de leurs produits.

En l'espèce, c'est le phosphate de créosote qui a été choisi, parce qu'il a l'avantage de ne produire en injection aucune induration persistante, aucune douleur appréciable. Les injections de phosphate de créosote sont faites profondément dans la masse musculaire de la fesse. Sous leur influence la température baisse et l'état général est meilleur. Après avoir fait pendant trois jours une injection de tuberculine dans l'espace interscapuaire, il s'est d'abord servi de la tuberculine de

Denys, puis d'une préparation très dosable faite par lui-même. La dose injectée doit être très faible et correspond à 1 millième de milligramme de la T. B. de Koch, de manière à ne provoquer aucune réaction, puis on augmente la dose dans la suite.

L'auteur apporte un certain nombre d'observations dans lesquelles les résultats ont été très bons. Il nous semble cependant que par ce temps peu favorable aux sérums et aux tuberculines, de phosphate de créosote est susceptible de donner aussi de bons résultats quoique plus lents.

L. Jumon.

Œdème pulmonaire provoqué par l'injection sous-cutanée de sérum artificiel, par Bergé (*Société médicale des Hôpitaux*, 6 décembre 1903). — L'injection sous-cutanée de sérum artificiel a provoqué, à deux reprises différentes, chez un vieillard artério-scléreux atteint de sclérose rénale et d'insuffisance aortique, une poussée d'œdème pulmonaire avec dyspnée intense, angoisse, cyanose légère et râles sous-crépitants à l'auscultation.

Cette observation fournit une confirmation clinique des expériences de Halbron, Achard et Lœper qui, chez l'animal ont provoqué l'œdème pulmonaire par injection saline intraveineuse.

G. Lyon,

Sur les dangers de la digitale administrée dans les maladies du cœur, par Dauby (*Bul. gén. de Thérapeutique*, 15 déc. 1903). — L'auteur, à propos de deux cas de mort soudaine, survenus chez des cardiaques, fait ressortir les dangers que fait courir aux athéromateux la digitale à petites doses.

Les sujets en question, âgés d'une soixantaine d'années, avaient été soumis au traitement par la digitale en raison des phénomènes morbides, palpitations, petitesse et irrégularité du pouls, dyspnée prononcée et œdème des membres inférieurs qu'ils présentaient l'un et l'autre. Le médicament avait déterminé un amendement rapide des phénomènes morbides. Ceux-ci semblaient déjà presque guéris, quand, tout d'un coup, les malades succombent brusquement, sans avoir présenté aucun phénomène prémonitoire de leur attaque.

On n'aperçoit ici, comme ayant provoqué l'augmentation de la tension sanguine, que l'action de la digitale sur le système circulatoire.

Sans doute il n'est pas possible de donner de cette pathogénie de la mort subite une preuve directe, mais cette pathogénie offre beaucoup de vraisemblance.

L'auteur s'étonne que personne, jusqu'à ce jour, semble n'avoir songé dans ces cas à incriminer les préparations digitaliques. Il est pourtant à peu près certain que la plupart des praticiens ont rencontré des cas semblables.

Il n'est pas habituel, en effet, de voir la mort frapper des cardiaques améliorés, chez qui les troubles de l'asystolie avaient, en suite du traitement, fait place à un véritable état de compensation.

Ces cas ne doivent cependant pas être d'une extrême rareté, puisqu'en peu de temps l'auteur a eu l'occasion d'en observer deux.

En résumé, il faut se montrer très réservé dans l'administration de la digitale chez les sujets présentant les signes de la dégénérescence athéromateuse des vaisseaux sanguins, chez ceux qu'on pourrait supposer atteints d'une lésion des artères cérébrales, ou bien chez lesquels on a des raisons de soupçonner l'existence d'une endocardite végétante récente ou ancienne.

E. Vogt.

Massage abdominal chez les cardiaques (*Therap. Monatshefte*, décembre 1903). — Neumann et Frick ont essayé, au moyen du tonomètre de Gaertner, de déterminer scientifiquement l'influence qu'exercent les divers procédés de massage sur la pressien sanguine. Vingt-quatre sujets, atteints d'affections cardiaques diverses, ont été examinés dans ce sens. Les procédés étudiés ont été le pétrissage, l'effleurage du côlon, les tapotages et les hachures.

De l'examen des tableaux publiés il ressort que chaque procédé n'influence pas toujours la pression sanguine dans le même sens : les résultats varient même qnand on les examine au point de vue de l'affection cardiaque traitée.

Toutefois, on peut ériger cette règle, que le nombre des cas où le massage n'influence pas la pression sanguine, et celui où il la rabaisse, dépasse notablement le nombre des cas où la pression est augmentée. Ces derniers se rencontrent surtout après le pétrissage et l'effleurage du côlon. Ces faits sembleraient parler en faveur des affirmations de Kleen, qui admet que des excitations cutanées relèvent la pression sanguine, et que des excitations musculaires (tapotages et hachures) l'abaissent.

En résumé, on peut recommander le massage abdominal chez les cardiaques, sans troubles graves de compensation, car on n'exercera pas d'influence nuisible et l'on obtiendra parfois la diminution du nombre des pulsations en cas de tachycardie, surtout au moyen du pétrissage et de l'effleurage du côlon.

E. Vogt.

Maladies du système nerveux

Dr P. SAINTON

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine

Traitement médical de l'épilepsie dite essentielle, par le Dr DOUTREBENTE (*Annales médico-chir. du Centre*, 15 décembre 1903). — Pour certains chirurgiens qui pratiquent la sympathectomie contre l'épilepsie essentielle, le traitement médical de celle-ci n'existe pas. Aussi l'auteur avec raison s'insurge contre cette idée et résume la conduite du médecin dans la circonstance.

L'épileptique, dit-il, doit avant tout être sobre et autant que possible, ne connaître que de nom l'existence des plaisirs recherchés par les adeptes de Bacchus ou de Vénus; il doit aussi se priver d'excitants moins nocifs, tels que le thé, le café, le tabac. Le lait devra être sa boisson favorite au moment des repas, où domineraient les végétaux, les viandes blanches, le poisson et le porc frais, faiblement assaisonnés et salés. La constipation si fréquente chez les épileptiques et les névrosés doit être combattue par les moyens usuels, surtout par les grands lavages du gros intestin à l'eau chaude bouillie. L'épileptique réclame enfin le grand air, la vie à la campagne et le travail des champs.

Quant au traitement proprement dit, tous les spécialistes reconnaissent que les bromures alcalins ont une influence remarquable et spécifique dans le traitement de l'épilepsie. L'auteur a adopté une formule qui lui donne pleine et entière satisfaction. Il a depuis longtemps abandonné l'usage exclusif du bromure de potassium pour prescrire les bromures associés de la façon suivante:

Bromure de potassium	ââ p. égales.
Bromure de sodium desséché.....	
Bromure d'ammonium	

La dose quotidienne de début est de 3 grammes du mélange (1 gramme de chaque) prise en deux fois, le matin au réveil et le soir au coucher, dans 125 grammes d'eau; si les accès sont rapidement supprimés, on continue indéfiniment cette dose, il n'y a pas d'accoutumance à redouter; si les accès se reproduisent, on donne 4, puis 5, 6 et 7 grammes par jour, dose qu'il n'est pas besoin de dépasser. Les accès d'épilepsie disparaissent progressivement, d'abord le jour pour ne plus se produire que la nuit; les grandes attaques sont remplacées par celles de petit-mal, c'est-à-dire les vertiges et les absences ou divers équivalents psychiques.

Quand toutes ces crises diverses sont restées un an ou deux sans se reproduire, on diminue la dose des bromures alcalins, mais il n'y a pas lieu de se presser, et on peut avec avantage continuer la dose adoptée. Les malades d'ailleurs ne réclament jamais cette diminution. On diminuera lentement pour descendre à 3 ou 2 grammes.

C'est une erreur de croire que le bromure abrutit les épileptiques; la démence est la conséquence inévitable des attaques réitérées d'épilepsie; l'état mental des épileptiques s'améliore au contraire sous l'influence des bromures alcalins.

L. JUMON.

Résultats fournis par la voltaïsation sinusoïdale dans le traitement des névrites, par BORDIER (*Arch. d'électr. médicale*, 15 décembre 1903). — Avec le courant sinusoïdal, grâce aux appareils de mesure que l'on possède, la mesure de l'intensité se fait aussi facilement que celle du courant galvanique. Aussi, depuis quelque temps, l'auteur remplace-t-il chaque fois que cela peut se faire, et en particulier dans les névrites, la faradisation par la voltaïsation sinusoïdale.

Quand on applique ce dernier courant à des malades atteints de névrite sciatique, soit de névrite du plexus brachial, on voit qu'il faut moins de temps pour arriver à la guérison des malades, qu'avec le courant faradique.

L'auteur a employé la voltaïsation sinusoïdale tantôt stabile, tantôt labile avec le rouleau, suivant les cas; l'intensité varie évidemment avec la surface des électrodes utilisées. Mais, d'une façon générale, il est prudent, dans le traitement des névrites, de ne pas dépasser 5 m A pour des électrodes dont la plus petite a 90 centimètres carrés.

Dans les névrites sciatiques, la voltaïsation sinusoïdale se fait de la façon suivante : la jambe du malade plonge dans l'eau jusqu'au-dessus du mollet et une grande électrode de 200 centimètres carrés est appliquée derrière la fesse, au niveau de l'émergence du sciatique ou mieux un peu au-dessus. Les filets nerveux de la cuisse et de la jambe sont ainsi traversés par un courant qui va tantôt dans un sens, tantôt dans l'autre, et dont les effets ne tardent pas à se faire sentir, bien mieux assurément que lorsque le malade est en entier plongé dans une baignoire où l'eau sert surtout de conducteur au courant qui n'est plus alors exclusivement distribué dans les tissus du patient.

E. VOGT.

Maladies du Larynx du Nez et des Oreilles

Dr COURTADE

Ex-chef de clinique à la Faculté de Médecine.
Ancien interne des hôpitaux.

Traitement par l'air chaud des affections auriculaires et nasales (*Wiener Klin. Rundschau*, n° 41, 1903). — WARNECKE, au moyen d'un appareil dont il donne la description, obtient des températures de 50° C. environ. celles-ci rendent de grands services dans le traitement des otites moyennes suppurées, car elles enraient la formation de granulations exubérantes, etc.

Le traitement de l'empyème du sinus maxillaire est de même rendu beaucoup plus efficace par l'emploi de cet appareil.

E. VOGT.

Traitement de l'otite suppurative chronique, par FAULDER WHITE (*The Practitionner*, Décembre 1903). — Le traitement de l'otorrhée est souvent peu satisfaisant et d'un autre côté on n'attache souvent pas assez d'importance à ce symptôme. L'otorrhée est souvent traitée d'une façon très négligée dans les ouvrages d'otologie ou de chirurgie et l'auteur a relevé dans l'un d'eux ce seul précepte : un léger seringuage avec de l'eau chaude.

Les difficultés s'accroissent lorsque le méat est obstrué et qu'il existe une petite perforation de la membrane du tympan. Même avec une large incision, il n'est pas toujours facile de désinfecter une oreille qui coule, mais on y arrive cependant au moyen des irrigations. Pour que l'irrigation produise tous ses effets thérapeutiques il faut pratiquer l'otectomie et l'auteur déclare que depuis deux ans, il est très satisfait des résultats qu'il a obtenus dans les cas où cette opération lui a paru indiquée dans les cas où une obstruction existe. La membrane du tympan doit être excisée aussi complètement que possible surtout chez les enfants; avec la membrane il faut presque toujours enlever le marteau et l'enclume; les granulations doivent être curetées. L'auteur n'est pas de l'avis de ceux qui croient qu'on ne doit pas toucher aux granulations dans les oreilles infectées, jamais leur ablation qui favorise la guérison ne détermine de troubles. Certains auteurs leur attribuent une fonction utile, mais l'action des antiseptiques est plus sûre. Pour nettoyer l'attique, l'auteur se sert quelquefois d'un instrument constitué par une tige d'acier flexible terminée par un bouton rugueux. Cette tige peut être introduite dans l'attique à travers un tube d'argent semblable à la sonde d'Eustache. La courbe de la sonde dirige l'extrémité du bouton, qui peut être garni de coton médicamenteux, dans la partie supérieure de l'attique. Le cathéter lui-même sert à diriger le liquide de lavage dans les cavités accessoires. Après l'opération, on fait une bonne irrigation avec une solution de fluorosilicate ou d'acétozone. Après séchage, on insuffle habituellement un peu de traumatol.

Dans la majorité des cas, l'opération ne donne lieu qu'à de légers troubles. Le plus souvent il n'y a eu aucune douleur sérieuse, surtout dans les cas où l'on a fait antérieurement des irrigations, et d'autre part souvent l'opération calme immédiatement la douleur.

Il est difficile d'assurer d'avance les résultats. Au point de vue de l'audition, cependant dans aucun cas il n'y a eu diminution de l'ouïe, laquelle a certainement été améliorée dans quelques cas. Comme résultats généraux, l'opération permet de faire des irrigations dans les cavités malades et rend l'otite suppurative chronique généralement guérissable par un traitement à travers le méat. A l'appui, l'auteur cite 13 observations dans lesquelles le traitement a fait cesser l'écoulement avec amélioration consécutive de l'audition.

L. JUMON.

Traitement de l'otite moyenne aiguë (*Deutsche med. Wochenschrift*, 26 novembre 1903). — HEINE, après un historique rappelant les discussions auxquelles ont donné lieu les indications de la paracentèse du tympan, tour à tour préconisée et rejetée, donne les résultats auxquels on est parvenu à la clinique de Lucœ (Berlin).

La marche cyclique décrite par Zaufal, qui attribue l'otite moyenne au diplocoque et au pneumocoque et retrouve dans cette affection les phénomènes de la pneumonie franche, n'a pas été observée à la clinique, mais cela peut tenir à des difficultés matérielles qui s'opposent à un examen minutieux des malades, presque tous non hospitalisés. Mais les préceptes de Zaufal, qui tendent à respecter la marche de la maladie, tant la guérison serait dans ces conditions la règle, sont exactement suivis. On s'abstient de toute insufflation d'air, de tout lavage du conduit auditif externe ; on se borne, en cas de perforation, à placer une mèche de gaze destinée à absorber les sécrétions. Grâce à ce traitement expectant, la plupart des otites évoluent vers la guérison en quelques semaines.

Zaufal a défendu une autre opinion, à savoir que les complications graves de l'otite moyenne

suppurée sont indépendantes de la rétention du pus dans la caisse : Heine ne saurait adopter un pareil point de vue. Il est certain que dans certains cas d'otite, les symptômes graves se manifestent dès le début, et l apophyse est alors d'emblée comprise dans le processus inflammatoire. Dans ces cas, la paracentèse ne saurait avoir quelque utilité, mais, le plus souvent, il n'en est pas ainsi : l'affection débute par une inflammation simple, sans formation de pus, et la paracentèse soulage alors notablement le malade. Bien plus, la sensibilité à la pression, la périostite apophysaire au début rétrograderont sous l'influence de l'intervention dans l'oreille moyenne. Les applications de compresses imbibées d'acétate d'alumine ne déterminent jamais une amélioration aussi brusque que la paracentèse : cette dernière paraît indispensable chaque fois qu'on trouve de la fièvre, de la douleur, et qu'on soupçonne une accumulation de pus dans la caisse : dans la plupart des cas, le diagnostic de cette accumulation n'est pas possible, mais il ne faut jamais intervenir dès le premier jour, de peur de tomber sur un contenu séreux de la caisse, qui peut s'infecter à la suite de la paracentèse et devenir du pus.

E. Vogt.

Maladies vénériennes
Maladies de la Peau

Dr MOREL-LAVALLÉE

Médecin des Hôpitaux.

Prurit sénile, causes et traitements, par Gaucher (*Journal de médecine interne*, n° 24, p. 320, 1903.) — Au début, régime lacté absolu, puis, au bout d'un certain temps, régime lacto-végétarien.

Pour calmer les démangeaisons, applications de pommades au menthol, ou au gaïacol, ou de poudre camphrée.

Lotions matin et soir, sur tout le corps, avec un mélange de vinaigre (un tiers) et d'eau tiède (deux tiers) et appliquer ensuite, après avoir séché les parties prurigineuses, le mélange suivant :

Gaïacol pur synthétique.....	àà 20 grammes
Menthol cristallisé pur.....	
Vaseline.....	100 —

On poudrera encore par dessus cette pommade avec :

Camphre pulvérisé et tamisé.....	2 grammes
Talc pulvérisé et tamisé.....	100 grammes

Un autre médicament qui calme bien le prurit, c'est l'eau oxygénée :

Eau oxygénée (à 12 volumes) médicinale pure.....	àà 20 grammes
Lanoline pure anhydre.....	
Vaseline blanche...	
Poudre de talc.....	

G. Lyon.

Traitement du chancre mou par la créoline et la chaleur (*Medecinskoïe Obosrenie*, n° 13, 1903). — Mojaieff dans le traitement du chancre mou, a employé localement de petits bains chauds, contenant une émulsion de créoline à raison de 1/2 à 1 0/0 : les bains avaient la durée de 15 à 20 minutes et étaient administrés 2 fois par jour. Après le bain le chancre était saupoudré à l'iodoforme. Dès le quatrième, le plus souvent dès le deuxième jour du traitement, l'ulcération se déterge, la sécrétion diminue considérablement, la cicatrisation commencée le sixième et septième jour, part de la circonférence, et marche parfois si rapidement qu'en l'espace de 2 à 3 jours, elle est complète.

Les granulations sont toujours excellentes ; l'évolution de la maladie normale, la cicatrice solide et très élastique.

On n'a jamais observé ni extension de l'ulcération, ni auto-infection.

Dans les cas où l'ulcération était très étendue, la cicatrisation se faisait parfois non seulement aux bords, mais également au centre. Sur 8 cas de bubons, on n'en a ouvert que 8 fois, les autres se sont rapidement résorbés.

La durée du traitement a été en moyenne de dix jours. Tous les malades — au nombre de quinze — ont fort bien supporté ce traitement.

J. Roubleff.

Considérations générales sur le traitement par les rayons X, par les Drs César Comas et A. Prio (*Revista de Ciencias Médicas*, août 1903). — Voici les conclusions de cet important travail :

1° L'action des rayons de Rœntgen dans les maladies de la peau doit être considérée aujourd'hui comme ayant une valeur positive et digne de figurer parmi les plus importantes et les plus utiles.

2° Ce traitement doit être recommandé, sans hésitation, dans tous les cas de lupus : on en obtiendra toujours des résultats favorobles.

Il est vrai qu'on ne peut, d'une manière absolue, assurer que les récidives seront évitées ; en tout cas, si elles se manifestent, elles sont limitées, peu malignes et faciles à enrayer.

3° Dans un certain nombre d'épithéliomas cutanés, soit à cause de la profondeur de la lésion, soit pour des causes spéciales individuelles, il se peut qu'on n'obtienne pas de grands résultats, ce qui obligera alors à recourir à l'intervention chirurgicale. Dans les cas inopérables, malgré le peu d'espérance d'une guérison radicale, on doit employer le traitement Rœntgen, pour soulager le malade et arrêter, dans la mesure du possible, la marche progressive et destructrice du mal. Pour le moment, les rayons de Rœntgen semblent impuissants à juguler les épitéliomas de la langue.

4° On peut également obtenir d'excellents résultats de l'irradiation de Rœntgen dans certaines formes de nœvus et d'acné, dans le sycosis et surtout dans le prurit de l'anus.

5° Bien qu'il s'agisse d'un fait isolé et peu connu auquel on ne peut accorder une grande valeur, les auteurs croient utile d'attirer l'attention sur les modifications observées par eux dans un cas de kératite interstitielle.

A un moindre degré, ils ont observé les mêmes modifications dans un cas d'épithélioma de la paupière avec invasion de la conjonctive oculaire et opacité cornéenne.

6° Ils préfèrent, en général, pour le traitement de Rœntgen, les tubes *mous* ou *très peu durs*. Avec un peu d'attention, on évite les accidents graves. Les tubes durs prolongent extraordinairement le traitement, les résultats sont moins sûrs et les récidives plus fréquentes.

7° On ne saurait recommander une technique spéciale, car celle-ci peut varier selon les cas. La qualité du matériel constitue le facteur principal. L'essetiel est de bien connaître la marche des phénomènes réactifs pour s'arrêter au moment opportun, quand ils seront suffisamment intenses, ou pour insister sur l'irradiation, quand les effets seront peu marqués.

F. Bérini.

Maladies des Voies urinaires

Dr CHEVALIER,

Chirurgien des hôpitaux,

Ancien Chef de clinique de la Faculté

Rupture traumatique de l'urèthre membraneux, traitement (*Société de chirurgie, séance du* 25 nov. 1903). — M. Bazy, rapporteur, commente le cas récent de M. Riche, lequel eut à soigner un homme atteint de fracture du bassin, avec uréthrorragie abondante. M. Schwartz tenta vainement de cathétériser le blessé et l'intervention directe fut pratiquée par M. Riche. Ce fut à l'incision périnéale transversale qu'il donna la préférence. La technique suivie fut celle dont nous donnions le compte-rendu dans notre dernier numéro et qui consiste à prendre comme point de repère le bec de la prostate. Le bout postérieur, complètement séparé, fut ainsi facilement atteint, mais la suture n'ayant pu réussir, l'opérateur se contenta de laisser une sonde à demeure. On sait que la cicatrisation spontanée est la suite ordinaire de cette pratique. Il convient donc, d'après M. Bazy, d'abandonner de plus en plus la fâcheuse pratique du cathétérisme rétrograde, trop aisément pratiquée autrefois à la moindre difficulté que l'on éprouvait à retrouver le bout postérieur.

Dans la même séance, MM. Monod et Walther, parlant dans le même sens que précédemment, affirment ne pas vouloir renoncer aux avantages de *l'hystérectomie abdominale subtotale*, bien qu'on ait parfois constaté réellement la tendance de tous les tissus sclérosés, tel est le cas pour le moignon utérin, à subir la dégénérescence cancéreuse.

A. Benoit.

Traitement des papillomes vésicaux par les injections, par Herbert T. Hering (*British. med. J.*, 28 novembre 1903). — La difficulté d'enlever des papillomes diffus de la vessie et la facilité avec laquelle ces tumeurs récidivent ont conduit Thompson et Hering a chercher d'autres moyens de traitement contre cette affection. Le patient se sert d'une sonde molle n° 7 à extrémité coudée et d'une seringue en celluloïd de 120 grammes de contenance, enfin d'une solution de nitrate d'argent à raison de 1 gramme pour 4 d'eau distillée et légèrement acidulée d'acide nitrique. On commence les injections en versant 2 grammes de la solution mentionnée dans 120 grammes d'eau, contenance de la seringue. On augmente progressivement la force de la solution de cinq gouttes chaque jour pour arriver jusqu'à huit grammes de la solution pour 120 d'eau. Cette méthode permet au malade de supporter les injections sans douleurs ; s'il se produit des douleurs, de la fréquence des mictions, c'est que les injections sont trop fortes. Le malade ne doit ressentir qu'une légère sensation de chaleur dans la vessie, sensation qui persiste une demi-heure. L'injection doit être faite à 38° en deux temps ; on laisse séjourner la moitié du liquide

pendant quelques secondes, puis on évacue le liquide et on injecte la seconde moitié de la seringue. Il est bon de faire observer le repos, après chaque injection et le mieux est de faire faire l'injection avant que le malade se couche. Le traitement doit être continué tous les jours pendant six mois ou davantage et si les conditions sont favorables ; on doit l'arrêter, et le reprendre dès que le sang commence à apparaître. Depuis 1899 l'auteur a cherché plusieurs cas qui confirment les observations antérieures, à savoir que les injections de nitrate d'argent exercent une influence très importante, d'une part en arrêtant les hémorragies, de l'autre en arrêtant, sinon en détruisant, les tumeurs papillomateuses de la vessie. Si on fait ces injections, lorsque l'ablation entière des tumeurs a été impossible, on retarde l'apparition des symptômes beaucoup plus longtemps que si l'on n'avait pas fait de traitement. On peut enlever une bonne partie de la tumeur par l'urèthre sans hémorragie sérieuse, et le résultat est dans quelques cas aussi bon que celui de l'opération sus-pubienne. On peut espérer détruire entièrement les tumeurs papillomateuses par des applications longtemps continuées de nitrate d'argent. Les injections doivent être faites après les opérations d'ablation, que l'opérateur soit ou non satisfait de son opération. Enfin l'auteur conseille de choisir la voie uréthrale avant d'avoir recours à une opération plus sérieuse.

L. Jumon.

La prostatectomie et la prostatotomie comme traitement radical de l'hypertrophie de la prostate, par Willy Meyer (*Medical Record*, 24 octobre 1903). — La question du choix de l'opération dans l'hypertrophie de la prostate n'a rien perdu de son importance. On pratique encore la castration, la vasectomie, la prostatectomie et la prostatotomie par le galvanocautère. On ne peut déterminer la valeur de ces opérations que par leurs résultats définitifs. L'auteur ne discute que deux opérations. Parmi les complications de la prostatectomie, il cite l'épididymite uni ou bilatérale, ainsi que l'orchite avec abcès; la formation de fistules périnéales persistantes qu'on peut éviter par une meilleure technique ; la récidive de quelques symptômes antérieurs, tels que la fréquence des mictions, le rétrécissement, l'impuissance.

De ces observations cliniques, 52 opérations avec 7 morts, l'auteur tire les conditions suivantes :

Les opérations qui s'attaquent directement à la prostate hypertrophiée sont préférables à celles qui n'exercent qu'une influence curative indirecte. Nous possédons deux procédés très utiles pour le traitement direct de cette affection, ce sont la prostatectomie et la prostatotomie avec le galvano-cautère (opération de Bottini). En choisissant les méthodes indiquées dans les cas donnés, nous devons individualiser et nous guider d'après les conditions anatomiques, pathologiques et sociales. La prostatectomie est l'opération la plus radicale, elle doit être l'opération de choix ; la prostatectomie périnéale offre des avantages sur la méthode sus-pubienne, puisqu'elle permet à l'opérateur de pratiquer l'opération sous le contrôle des yeux.

Les malades débilités qui semblent des sujets peu indiqués pour l'opération la plus radicale, ne doivent pas être condamnés au cathéter à vie, ni être soumis à la prostatectomie dangereuse pour eux ; on doit se demander s'ils peuvent bénéficier de l'opération de Bottini.

Les chirurgiens doivent se familiariser avec les deux méthodes, afin de pouvoir les appliquer suivant les indications. C'est le devoir de ceux qui refusent de faire les opérations de Bottini dans toute circonstance de la pratiquer cependant chez les malades qui demandent un traitement plus radical et chez lesquels cependant le bistouri semble contre-indiqué.

L. Jumon.

Valeur thérapeutique du sérum artificiel (*Medic. Obosr.*, n° 11, 1903. — Liosomoudrow a fait à l'hôpital militaire de Moscou une série d'observations sur les injections de sérum dans différentes affections. Pour ces injections on s'est servi d'une solution de sel (0.75 à 0.90 00/00). Les injections ont été faites soit sous la peau, soit dans le rectum ; la quantité de liquide injecté a varié de 100 à 1.000 grammes.

On s'est également servi d'injections rectales de sérum de Pœhl. Le plus souvent on s'est servi de sérum dans la fièvre typhoïde (plus de 50 cas) et l'on a constaté que plus tôt on commençait ces injections, plus facilement on obtenait un résultat favorable. Cependant on a obtenu quelquefois un bon résultat par le sérum dans des cas graves.

Une seule injection produisait généralement un effet favorable, mais de courte durée, de sorte qu'on était obligé de faire des injections répétées.

Sous forme d'injections sous-cutanées le sérum agissait plus rapidement et plus sûrement qu'introduit dans le rectum; cependant cette dernière méthode donnait également un bon résultat, quoique moins prononcé.

L'auteur a également employé ces injections dans l'érysipèle, la scarlatine, la variole, le

typhus et la diphtérie. Dans ces cas également l'effet a été favorable. L'action bienfaisante du traitement se manifestait par une amélioration de l'état général, par la diminution du délire et par le réveil du sens critique. Le pouls devenait plus plein et plus rare; la température s'élevait parfois à la suite de l'injection et cette élévation était parfois suivie d'un frisson. Par la suite (le 2e, 3e jour) la température tombait. La quantité d'urines augmentait jusqu'à aller à une véritable diurèse (3 à 4 litres en 24 heures). Les injections de sérum ont été employées dans les cas de pneumonie grave, d'intoxication par l'opium et la morphine (en injections sous-cutanées) d'éclampsie post-puerpérale. L'auteur termine son travail en formulant les conclusions suivantes :

1° Chaque fois qu'on se trouve en face d'un malade désespéré il faut lui pratiquer une injection de sérum. Il vaut mieux pratiquer ces injections de bonne heure, au moment où le malade conserve quelque peu de ses forces. Dans ces cas l'effet est plus sûr et meilleur. Assez souvent, cependant, les malades succombent malgré les injections; toutefois même dans ces cas désespérés l'injection de sérum produit un effet favorable, passager, il est vrai;

2° Le rôle des injections de sérum n'est pas de guérir les affections graves, mais de soutenir les forces du malade en lutte contre les affections;

3° Les solutions de sérum de Pœhl se résorbent plus rapidement et agissent plus énergiquement que les solutions de sel à 0,75 0/0 introduites dans le rectum.

J. Roubleff.

L'incontinence d'urine infantile et son traitement électrique, par Albert Weil (*Journal de Physiothérapie*, 15 décembre 1903). — L'auteur distingue quatre sortes d'incontinence d'urine essentielle de l'enfance, l'incontinence d'urine d'origine psychique, l'incontinence d'urine par atonie sphinctérienne, l'incontinence par irritabilité vésicale, l'incontinence par rétention due au spasme de l'urètre. Il a imaginé un dispositif spécial, qu'il décrit sous le nom de : *méthode des hautes intensités galvaniques*; ce procédé réussit contre les incontinences qui dépendent de l'irritabilité vésicale ou du spasme uretral; sa mise en pratique permet de traiter et de guérir des cas qui jusqu'à présent passaient pour réfractaires au traitement électrique et qui d'ailleurs parfois s'en trouvaient plus mal parce que les manœuvres thérapeutiques ne faisaient qu'exaspérer l'état spasmodique. Elle est indiquée particulièrement dans les cas qui semblaient être du domaine du traitement belladoné, lorsque ce traitement belladoné a échoué, ou lorsque pour des raisons particulières, il n'a pu être utilisé. Elle est indiquée également dans les cas où il y a à la fois, irritabilité vésicale et atonie sphinctérienne, ou quand l'état spasmodique de la vessie paraît l'emporter dans la genèse de l'affection, sur l'état atonique du sphincter.

Grâce à la création de la méthode de traitement par les hautes intensités galvaniques et à la démonstration de son efficacité, l'électrothérapie peut maintenant vaincre toutes les incontinences essentielles d'urine de l'enfance : l'art consiste à savoir quand et comment il faut appliquer les courants franklinques induits, les courants faradiques (méthode excitante), et le procédé de l'auteur, qui exerce des effets calmants.

E. Vogt.

Pharmacologie

Dr E. VOGT.

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

La méthode de la dose suffisante en thérapeutique (*Gaz. des hôpitaux*, 26 novembre 1903). — Contet fait ressortir que la limite de tolérance de certaines substances varie dans des proportions énormes d'un sujet à l'autre, et chez le même sujet d'une période de sa vie à l'autre : chez les nerveux, par exemple, on a pu parler d'une véritable ataxie thérapeutique. Ces faits ont déjà préoccupé des cliniciens, et il en est résulté la méthode de la dose suffisante, que Gilles de la Tourette recommanda pour l'administration du bromure aux épileptiques; pour ce médicament, en partant d'une dose minime et en augmentant peu à peu, on arrive pour un sujet donné, insensiblement à la dose efficace; si on la dépasse, on provoque une paresse de la réaction pupillaire qui met à l'abri de toute erreur. Mais, pour nombre d'autres médicaments actifs, la dose limite ne se révèle pas aussi aisément. Pour le traitement mercuriel intensif, par exemple, la question est fort difficile à résoudre. On ne saurait aujourd'hui accepter comme accident « limite » la stomatite, car celle-ci n'est qu'un accident, une complication évitable dans la plupart des cas et se montrant parfois après des doses minimes.

On obtiendra, pour le mercure, de meilleurs résultats en prenant régulièrement la température du malade ; on reconnaîtra ainsi qu'il existe une *fièvre de mercurialisation* : la dose suffisante est immédiatement inférieure à la dose qui a provoqué l'accès de fièvre.

Pour les hypnotiques, l'auteur conseille,

pour atteindre la dose suffisante, de prescrire des doses fractionnées à répéter toutes les heures ou même tous les quarts d'heure, selon la plus ou moins grande rapidité d'action du médicament choisi, jusqu'à production de l'effet cherché. E. Vogt.

Les préparations de borate de soude additionnées de glycérine, par Maridet (*Rép. de Pharmacie*, 10 décembre 1903). — Les collyres au borate de soude sont fréquemment employés. Quelques praticiens ont songé à associer le chlorhydrate de cocaïne à ces préparations; comme il y a incompatibilité entre ces deux corps, on a conseillé d'ajouter un peu de glycérine pour y remédier.

Or, la glycérine, en présence du borate de soude, devient fortement acide.

Il faut se demander si le collutoire à la glycérine boratée, fréquemment prescrit pour combattre le muguet, ne va pas à l'encontre du but cherché, puisqu'il est acide et non alcalin.

Il conviendrait dans ce cas de supprimer la glycérine et d'employer une solution saturée de borate de soude, à laquelle on pourrait ajouter de la saccharine.

E. Vogt.

L'adrénaline et son emploi dans les hémorragies graves (*Deutsche med. Wochenschrift*, 26 novembre 1903). — Kirch, dans deux cas d'hémorragies graves internes, l'une pulmonaire, l'autre rénale, a obtenu la cessation des accidents par une injection sous-cutanée d'un centimètre cube de la solution d'adrénaline anglaise à 1 : 1000. Ces injections n'ont provoqué aucun trouble accessoire, les malades n'ont accusé aucune douleur au point d'injection; la peau était dans un état d'anémie tel, au moment de l'intervention, qu'il fut impossible de voir si l'injection d'adrénaline avait eu localement pour conséquence des contractions vasculaires sanguines du tégument cutané.

Comment expliquer ces deux résultats? S'agit-il d'une excitation du centre vaso-constricteur ou d'une excitation périphérique des vaso-moteurs? L'auteur ne saurait élucider cette question, étant donné le petit nombre de ses observations. Il conseille en tous cas chaleureusement à tout praticien qui se trouve en présence d'une hémorragie interne grave, d'essayer de l'administration sous-cutanée d'adrénaline.

E. Vogt.

Emploi thérapeutique du citrophène (*Therap. Monatshefte*, novembre 1903). — Fuchs recommande des doses de 0,5 à 1 gramme trois fois par jour pour les adultes, 0,3 gr. trois fois par jour pour les enfants. Le grand avantage du produit est dû à l'absence de toute action accessoire désagréable.

Le nombre de cas traités par l'auteur, et cela avec succès, se monte à 34, dont 11 de rhumatisme aigu et chronique, avec ou sans complications cardiaques. Chez 11 tuberculeux fébricitants, une dose de citrophène, le soir, provoqua une chute de la température s'accompagnant de transpiration très modérée. Dans diverses névralgies, le médicament donna aussi de bons résultats.

En résumé, le citrophène exerce, aussi bien que les salicylates, une action spécifique sur le rhumatisme, et rend de grands services comme antithermique et antinévralgique.

E. Vogt.

Goudron et créosote (*Le Bulletin médical*, 17 décembre). — Le Pr Gilbert a traité cette question dans son cours de thérapeutique; nous retiendrons de cette leçon les conclusions personnelles de l'auteur, qui estime qu'on a peut-être un peu flatté le tableau des modifications subies par les tuberculeux traités par la créosote, bien qu'il soit certain que le médicament soit capable de modifier heureusement l'évolution de la tuberculose chronique. La créosote possède en effet une action incontestable sur les troubles bronchitiques, à condition qu'ils ne présentent pas un caractère aigu, car dans ces conditions elle provoque des poussées congestives préjudiciables au malade.

En résumé, le rôle de la créosote dans le traitement de la tuberculose, naguère encore considérable, est bien diminué : cette déchéance tient à des causes multiples, inhérentes soit aux imperfections du remède lui-même, soit à l'introduction en thérapeutique de nouveaux agents.

E. Vogt.

La céroline (*Therap. Monatshefte*, décembre 1803). — Roos et Hinsberg ont recherché quelle était la substance qui, dans la levure, exerçait une action purgative : cette substance n'est pas une enzyme, puisqu'elle résiste à des températures de 100° (durée d'application : 10 h.). Une série d'opérations chimiques permit de reconnaître qu'il s'agissait d'une graisse neutre, à laquelle ils ont donné le nom de céroline.

Cette graisse existe dans la levure dans la proportion de 3 0/0 environ : en pilules, à des doses de 0 gr, 10 à 0 gr. 20, elle exerce une action laxative, sans constipation consécutive.

La céroline exerce, en outre, une action très nette dans la furonculose et l'acné : la dose quotidienne a été de 0 gr. 30 à 0 gr. 60.

E. Vogt.

L'héroïne comme antiaphrodisiaque, par Ferd. Becker (*Berliner Klin. Woch*, 23 novembre 1903). — Il y a un an et demi, Heins faisait connaître les propriétés anaphrodisiaques du chlorhydrate d'héroïne, qui a été expérimenté à ce point de vue dons le service du Pr Lassar, par Ferd. Becker, lequel confirme les données de Heins. Les doses de 0 gr. 005 à 0 gr. 075 se sont montrées inefficaces presque sans exception; Heins a employé dans ce but 0 gr. 01 à 0 gr. 02. La dose a une certaine importance, car quelques auteurs ont relevé des cas d'intoxication même à faibles doses. Klink a cependant employé sans inconvénient 0 gr. 05 de chlorhydrate d'héroïne trois fois par jour. Pour obtenir un effet anaphrodisiaque, on est obligé de donner une dose de 0 gr. 01 qui n'est pas indifférente. Dans plusieurs cas, cette dose échoua et il fallut interrompre les expériences pour ne pas dépasser 0 gr. 03.

L'organisme s'accoutume d'ailleurs assez rapidement à l'usage prolongé de l'héroine et cette accoutumance peut faire que 0 gr. 02 échouent complètement dans leur action. Si l'on interrompt ce médicament pendant quelques jours et qu'on le remplace, par exemple, par le lupulin, les faibles doses d'héroïne reprennent toute la force de leur action.

Certains auteurs, en raison des phénomènes d'intoxication, conseillent de ne pas dépasser 0 gr. 01. Cependant, Heins et Strauss n'ont observé aucune action accessoire nuisible. Becker, de son côté, a observé un malade qui présenta un exanthème généralisé à la suite de l'ingestion.

Cet exanthème avait le caractère de l'urticaire type; il disparut d'ailleurs trois jours après qu'on eut cessé l'héroïne.

Heins donne comme indication anaphrodisiaque de l'héroïne : les érections douloureuses de la blennorrhagie; le priapisme; les interventions chirurgicales sur la verge afin de prévenir les érections, enfin les pollutions. Strauss ajoute comme indication la neurasthénie sexuelle consécutive aux abus sexuels. L'héroïne convient encore, d'après Strauss, dans les douleurs de la sphère génitale, dans l'épididymite, le catarrhe de la vessie, etc. Mais Becker n'a constaté aucune action calmante particulière dans les douleurs de la cystite, de la prostatite, de l'épididymite, et la morphine est bien supérieure.

L'absence de goût et d'odeur est une supériorité que l'héroïne possède sur le lupulin. La forme d'administration n'a pas d'influence sur le résultat.

L. Jumon.

Traitement de l'intoxication par l'éserine (*Thérapeutique Moderne*, nos 7 et 8, 1903). — Kharitonoff discute longuement le cas rapporté l'année dernière par Lévy. Dans ce cas, comme nos lecteurs s'en souviennent, il s'est agi d'une intoxication par 0 gr. 004 de salicylate d'éserine (collapsus, rétrécissement des pupilles, vomissements, diarrhée). Lévy a attribué la guérison de sa malade à l'injection sous cutanée de sulfate d'atropine qu'il considère comme antidote de l'éserine.

Kharitonoff estime qu'il est impossible d'admettre cette manière de voir. Pour lui, si vraiment la guérison de la malade était due au sulfate d'atropine, il aurait fallu injecter une quantité de cette substance au moins égale à celle d'éserine ingérée, c'est-à-dire 0 gr. 004; or, dans l'observation publié par Lévi, on voit que déjà la dose de 0 gr. 0005 d'atropine a déterminé — avec il est vrai une amélioration apparente de l'état général — un frisson et un affaiblissement du pouls. Heureusement Lévi, en arrêtant aussitôt le traitement par l'atropine a eu recours au citrate de caféine et au cognac. On a donc, conclut Kharitonoff le droit, d'affirmer qu'une dose plus forte d'atropine ou une injection répétée aurait très probablement entraîné la mort de la malade.

Mais si l'on admet que l'atropine est plus dangereuse qu'utile dans l'intoxication par l'éserine — comme dans celle par la morphine et autres substances toxiques — il reste à savoir à quoi il faut attribuer la guérison de la malade. Kharitonoff, après avoir étudié l'observation de Lévi, arrive à la conclusion que la malade a été sauvée d'abord par la réaction naturelle (vomissements et diarrhée survenus spontanément, les vomissements étaient, en outre, exagérés par l'administration de sulfate de zinc).

Quant au vrai, au radical antidote de l'éserine, Kharitonoff en se basant sur des considérations théoriques serait enclin à proposer le permanganate de potasse à l'intérieur, moyen qui s'est montré d'une très grande utilité dans les intoxications par l'opium, la morphine, l'hydrate de chloral, le phosphore. En terminant son article, Kharitonoff insiste sur ce qu'il y a de peu scientifique d'administrer au même malade plusieurs médicaments à la fois.

J. Roubleff.

Traitement par le permanganate de potasse des empoisonnements aigus par l'opium et la morphine (*Therap. Monatshefte*, novembre 1903) — Moor avait en 1893, fait la remarque que la morphine est très rapidement oxydée par le permanganate de potasse, pour devenir de la pseudo morphine. Cette constatation avait incité l'auteur à essayer sur lui-même ; il ingéra des doses toxiques de morphine, et de suite après une solution de permanganate suffisante pour oxyder cette morphine : les troubles d'intoxication firent défaut. On sait du reste que la méthode de Moor a été depuis cette époque, souvent expérimentée avec succès, surtout en Angleterre et aux Etats Unis.

Chose bizarre, les livres de toxicologie, sous prétexte que le permanganate est décomposé *in situ* dès son arrivée dans l'organisme, ne recommandent que l'usage interne, alors que le pratique a démontré que son emploi en injections hypodermiques donne d'excellents résultats, surtout dans les cas désespérés. L'auteur a cherché à se rendre compte de cette contradiction curieuse entre la théorie et les faits. A la suite d'une série de recherches chimiques, il est arrivé à démontrer qu'une solution albumineuse, oxydée par le permanganate, possède la même propriété que ce dernier et abandonne son oxygène à la morphine qu'on lui incorpore. D'autres recherches ont démontré ce fait que le manganèse entre en combinaison avec l'acide oxyprotéique, résultat de l'oxydation de l'albumine et que c'est ce sel qui agit sur la morphine. Une solution de 10 ccm. d'oxyprotéate de manganèse, contenant 0 gr. 05 de morphine pour 20 ccm. d'eau, est à peine amère et peut être ingérée sans aucun inconvénient. Une solution aqueuse simple de 0 gr. 01 de morphine provoqua, chez le même sujet, des troubles graves : la solution avait un goût amer très marqué.

De cette façon, l'action des injections sous-cutanées de permanganate s'explique clairement, et c'est à ces dernières qu'il y a lieu dorénavant de recourir pour lutter contre l'intoxication morphinique grave. Il faut toutefois ne pas injecter une dose dépassant celle qui est nécessaire pour oxyder l'albumine qui se trouve dans le lieu d'injection, car on provoquerait des accidents dus à la causticité du permanganate. L'auteur recommande de ne pas dépasser 1/2 0/0 comme concentration, et 10 à 15 ccm. en 2 ou 3 injections séparées, comme quantité.

L'auteur estime en terminant que ses essais ont démontré qu'on commet une erreur de thérapeutique en ne donnant pas de suite du permanganate en cas d'empoisonnement morphinique. Par suite de la parésie stomacale et intestinale provoquée par l'alcaloïde, il reste toujours dans le tube digestif une quantité notable de morphine non assimilée qu'on oxydera par administration de 0,5 à 0,6 grammes de permanganate dissous dans un verre d'eau. Faire précéder cette administration d'un lavage de l'estomac est pour l'auteur *du temps perdu* ; même raisonnement pour le vomitif.

Parmi les alcaloïdes, le permanganate n'oxyde d'une façon efficace, en dehors de la morphide, que la quinine et l'ésérine : l'oxyprotéate de manganèse, chose curieuse, n'oxyde que la quinine seule.

E. Vogt.

FORMULAIRE DE THÉRAPEUTIQUE CLINIQUE

PHOSPHATURIES

Alimentation ; prescrire les aliments particulièrement riches en éléments phosphorés : les œufs (1 gr. 50 de lécithine par œuf); ceux-ci doivent être à peine cuits ; en effet, la cuisson à 100° détruit les lécithines ; les cervelles, le ris de veau, le caviar, les poissons, les bouillies de céréales, les bouillons de légumes, les pois, les lentilles, les fèves, les haricots rouges, les céleris, les artichaux.

D'autre part, les agents d'épargne : huile de foie de morue, crème, beurre, etc :

Hygiène générale : Repos intellectuel, repos physique. Eviter les veillées, les émotions du jeu, les exercices exagérés.

Cure d'altitude.

Prescrire les préparations phosphatées : minérales ou de préférence organiques.

a) *Phosphate de chaux* monocalcique ou bi-

phosphate de chaux : 0 gr. 25-2 grammes en élixir, sirop, solution, vin.

Phosphate monocalcique	5 grammes
Alcoolature de citron	3 —
Sirop simple qs pour	300 —

20 grammes renfermant 0 gr. 25 de phosphate.

b) *Phosphate de soude* : 1-4 grammes en solution, sirop, cachets :

Phosphate de soude	10 grammes
Arséniate de soude	0 gr. 10
Eau distillée	100 grammes

1 cuillerée à café à l'un des repas.

c) Les *hypophosphites* 0 gr. 10-0 gr. 50 en sirop, solution.

d) Les *glycéro-phosphates* de soude, de chaux (0 gr. 50-1 gr. par jour).

Glycéro-phosphate de chaux	0 gr. 30
De soude	0 gr. 20
De potasse	0 gr. 10
Magnésie calcinée	0 gr. 10
Poudre d'yeux d'écrevisse	0 gr. 20
Poudre de fèves de St-Ignace	0 gr. 01-0 gr. 04

pour 1 cachet, 1 à chaque repas.

A. Robin.

Glycéro phosphate de chaux	0 gr. 50
Poudre de Kola	0 gr. 10
Poudre de quinquina	0 gr. 25

pour 1 cachet, 2 à 4 par jour.

Glycéro-phosphate de soude à 50 0/0	2 grammes
Eau distillée stérilisée qs pour	10 cc.

Injecter 1 à 5 cc.

e) La *lécithine* à la dose de 0 gr. 20-0 gr. 80 par jour en pilules.

Lécithine	0 gr. 05
Extrait de Kola	0 gr. 10

pour 1 pilule, 4 à 10 par jour.

f) L'*arsenic* qui modère la dénutrition.

Arséniate de soude	0 gr. 05
Eau distillée	300 grammes

1 cuillerée à soupe à chaque repas.

g) Le *quinquina* et la *quinine*.

Sulfate de quinine	0 gr. 05
Extrait de quinquina	0 gr. 10
Poudre de noix vomique	0 gr. 02

h) Le *fer* chez les sujets profondément anémiés :

Citrate de fer ammoniacal	10 grammes
Eau distillée de menthe	5 —
Eau distillée qs pour	200 —

1 cuillerée à café à chaque repas.

Sirop d'iodure de fer }	
— de lactophosphate de chaux }	àà 25 —
Alcoolature d'oranges	5 —

1 cuillerée à dessert à chaque repas.

G. Lyon.

BIBLIOGRAPHIE

La médication phosphorée, envisagée au point de vue des échanges nutritifs de l'organisme (étude critique et expérimentale), par MM. A. Gilbert, professeur de thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris, médecin de l'hôpital Broussais et S. Posternak, docteur en médecine de la Faculté de Paris, n° 36 de l'Œuvre médico-chirurgical, 1 brochure, gr. in-8° (Masson et Cie), éditeurs), 1 fr. 25.

La médication phosphorée joue dans la thérapeutique moderne un rôle capital. Les composés phosphoriques proposés sont innombrables. Le médecin consciencieux, placé devant cette pléthore de produits plus ou moins definis, se trouve quelque peu embarrassé. Les combinaisons organiques du phosphore possèdent-elles réellement des avantages sur les phosphates minéraux divers ? et parmi les nombreuses combinaisons phospho-organiques, quelles sont les meilleures ? C'est à ces questions, d'une importance pratique qu'on ne saurait trop exagérer, que le professeur Gilbert aidé du Dr Posternak s'efforce de répondre dans la présente monographie.

Le travail débute par une étude précise, et à

la portée de tout le monde, des échanges phosphorés de l'organisme. Les auteurs y consacrent sept chapitres environ. On y examine successivement les fonctions principales du phosphore alimentaire, l'état statique du phosphore dans l'organisme, l'origine de l'acide phosphorique éliminé par l'économie humaine, rôle du système nerveux dans les échanges phosphorés, etc., etc. MM. Gilbert et Posternak résolvent ensuite le problème du rôle des phosphates minéraux dans la ration alimentaire, et étudient, pour finir d'une manière très minutieuse les valeurs nutritive et thérapeutique comparées des composés phospho-organiques, nucléines, lécithines, glycérophosphates ; le professeur Gilbert en publiant dans la collection Critzman les travaux consacrés à la Médication phosphorée et ses propres recherches, a rendu un service inappréciable au grand public médical.

Précis d'accouchement, par Louis Dubrisay ancien chef de clinique à la Faculté de Paris et Cyrille Jeannin chef de clinique adjoint à la Faculté de Paris. (Un volume grand in-18e de 736 pages, avec 113 figures, cartonné 9 fr. de Rudeval, éditeur, 4, rue Antoine-Dubois, Paris).

Les étudiants, désireux de préparer leurs examens d'obstétrique, se trouvaient jusqu'à présent, fort embarrassés, n'ayant à leur disposition que des ouvrages plus ou moins volumineux, encombrés de discussions théoriques ne pouvant leur être d'aucune utilité. De même, le praticien ayant à chercher rapidement un renseignement, en présence de quelqu ceas difficile, devait parcourir de longs chapitres avant de trouver ce qu'il désire.

Les Drs Dubrisay et Jeannin viennent de répondre à ce double desideratum. En écrivant leur *Précis d'Acccouchement*, ils ont eu comme préoccupation constante de faire une œuvre *essentiellement clinique*, éminemment pratique, par conséquent. — Sur chaque question, ils ont longuement insisté sur la ligne de conduite à tenir, décrivant minutieusement le manuel opératoire.

Les questions de moindre importance ont été traitées brièvement, mais toutes y sont exposées au moins en quelques lignes, de telle sorte que ce Précis représente exactement l'état actuel de l'art des accouchements.

L'ouvrage a été écrit sur un *plan absolument nouveau*, dont la logique et la netteté s'imposeront à tous les lecteurs. Le style est concis et clair, de nombreuses figures aident à la compréhension du texte.

A la fin de cet ouvrage, les auteurs ont placé un *Répertoire alphabétique*, où chacun pourra trouver immédiatement le renseignement qu'il cherche. Ainsi conçu, ce Précis deviendra le *vade-mecum* de l'étudiant et du praticien.

Naissance et mort. — *Etude de socio-biologie et de médecine légale*, par G. Morache, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Bordeaux, membre associé de l'Académie de médecine, 1 vol. in-16 de la *Collection médicale*, cartonné à l'anglaise 4 fr. (Paris Félix Alcan, éditeur).

Le problème de la vie et celui de la mort sont les plus poignants qui se posent à l'esprit humain, avide de connaître. La naissance nous ouvre les portes de l'existence extérieure, la mort nous les ferme. Entre ces deux termes, s'évolue le cercle de notre individualité.

Le fait de la naissance et celui de la mort, s'imposant à tous les organismes, doivent préoccuper au point de vue social, car l'entrée, comme la sortie du milieu ne sauraient passer méconnues de ceux qui ont la charge des intérêts collectifs.

L'auteur soulève, au cours de son ouvrage, bien des questions accessoires, en particulier, celles qui ont trait aux rapports biologiques reliant les générations les unes aux autres, les filiations, les hérédités. Entre toutes, la recherche de la paternité l'arrête d'une façon particulière. — Il combat généreusement cette idée d'après laquelle le bâtard, véritable paria social se voit reprocher sa « honte » et la « faute » de sa mère, tandis que son père inconnu, seul coupable, traverse l'existence entouré du respect de tous.

Dans ce nouveau volume comme dans les précédents : *Mariage et Grossesse et accouchement*, M. Morache a cherché à toujours rapprocher les éléments biologiques des questions d'ordre social et philosophique : leur connexité est évidente et et ils procèdent toujours directement les uns des autres.

Nile I apr merie. E. Lasnier directeur. 35 37 rue St-Lazare. Paris aire-GD BO ira L Lruent : R. d'or

TRAVAUX ORIGINAUX

DYSPEPSIE ET DYSPEPTIQUES (1) (*Suite*)

La Médication alcaline.

Par M. Henri Huchard

Médecin de l'Hôpital Necker, Membre de l'Académie de Médecine.

I. — Innocuité de la médication alcazine — Quelques exemples. — Alcalinophobie : cachexie alcaline. atrophie glandulaire de l'estomac. — Bicarbonate de soude et alcalins terreux. — Faits expérimentaux.

II. — Action du bicarbonate de soude. — 1° Action physiologique et chimique. — 2° Action immédiate ou éloignée sur la sécrétion gastrique.

III. — Bicarbonate de soude et gastropathies. — 1° Anorexie. — 2° Dyspepsie hyperchlorhydrique. — 3° Crises gastriques du tabès.

IV. Médication alcaline dans d'autres maladies. — 1° Diabète. — 2° Affections cardiaques et aortiques. — 3° Affections cutanées. — 4° Affections du foie.

I. — Innocuité de la médication alcaline.

Parler des médicaments anciens est peut-être la meilleure manière de faire du nouveau. J'espère le démontrer à l'occasion du bicarbonate de soude et de la médication alcaline intensive, c'est-à-dire de l'alcalinisation à doses massives dans le traitement de quelques maladies.

Il est bon, il me semble utile de réhabiliter cette médication si importante que Trousseau, après Huxham et Magendie, a combattue injustement en imaginant la cachexie alcaline et en affirmant que « l'abus des alcalins a fait plus de mal que l'abus de l'iode et du mercure ».

Alcalinophobie. — La cachexie alcaline est une erreur; la preuve, c'est qu'on a pu prescrire des doses journalières de 10 à 20 et même 30 grammes de bicarbonate de soude sans le moindre dommage pour la nutrition. En 1875, Pupier, après des expériences sur l'homme et les animaux, a déclaré que, même à dose exagérée, ce sel augmente le

(1) Nous extrayons ce chapitre de la nouvelle série de *Consultations médicales*, qui vient de paraître chez MM. Baillière, éditeurs à Paris.

nombre des globules sanguins. Plus tard, Durand-Fardel et Lalaubie ont démontré l'action reconstituante de l'eau de Vichy. Déjà, dès 1825, Chevreul prouvait que les alcalins favorisent les oxydations et les combustions organiques ; ils augmentent encore la production de l'urée et diminuent l'excrétion de l'acide urique, ils activent la sécrétion biliaire, et ils peuvent servir indirectement à l'antisepsie intestinale.

L'action cachectisante du bicarbonate de soude a encore été démontrée fausse par les expériences de Yaveine et Pasalski (de Saint-Pétersbourg). Chez un hyperchlorhydrique qui a pris pendant un mois 60 à 65 grammes de bicarbonate de soude par jour (dose certainement excessive), Tournier a constaté une grande diminution de l'azote urinaire, tandis que le poids du corps a augmenté de 3 kilogrammes en un mois. Il semble bien, ajoute Frenkel (de Toulouse), que « chez les hyperchlorhydriques et chez les hypersécréteurs, on puisse arriver impunément à des doses très élevées, jusqu'à 40 grammes même, sans aucun inconvénient ».

Cependant, comme ce sel à hautes doses est capable de déterminer des phénomènes de cystite d'après Alb. Mathieu, et de distension stomacale, on peut le remplacer avec avantage par les alcalins terreux (eau de chaux, magnésie calcinée, phosphate ammoniaco-magnésien), d'autant plus que les recherches de Boas nous ont appris les faits suivants : Pour neutraliser une partie de HCl libre, il faut ingérer 2 ou 3 parties de bicarbonate de soude, tandis qu'il suffit pour obtenir le même résultat, de 0,55 partie de magnésie calcinée, ou de 1,25 partie de phosphate ammoniaco-magnésien. Donc, l'effet de celui-ci est deux fois plus intense, et celui de la magnésie quatre fois plus que celui du bicarbonate de soude (1).

De nos jours, l'alcalinophobie sévit sous une autre forme, puisque la guerre est toujours faite aux grands médicaments, comme autrefois à la digitale, au sulfate de quinine, au salicylate de soude. Certains ont prétendu que la médication alcaline intensive est capable de produire l'atrophie glandulaire de la muqueuse stomacale. Autre erreur et nouvel épouvantail. Ce n'est pas le médicament qui est capable de déterminer cette atrophie glandulaire, c'est la maladie, c'est l'hyperchlorhydrie qui produit à la longue, sous l'influence de l'irritation incessante de la muqueuse par la présence de l'acide en excès, des altérations diverses, parmi lesquelles le catarrhe et l'ulcère de l'estomac, puis la dilatation de cet organe. C'est par ce mécanisme qu'un hyperchlorhydrique devient souvent un hypochlorhydrique à la faveur des lésions consécutives des membranes muqueuse et musculeuse de l'organe ; il en résulte encore que, dans ces conditions la dilatation gastrique n'est pas une maladie réelle, et qu'elle est souvent à l'estomac ce que l'asystolie est au cœur. Exemple :

J'ai observé pendant plus de cinq ans une femme de trente-trois ans qui souffrait de l'estomac depuis dix années, époque à laquelle elle avait éprouvé pendant de longs mois des crises de pseudo-gastralgie que les caractères cliniques m'ont permis d'attribuer à l'hyperchlorhydrie. Elle est actuellement atteinte de catarrhe gastrique avec dilatation de l'estomac et elle est devenue hypochlorhydrique. Sa maladie est maintenant incurable, au moins en ce qui concerne l'ectasie gastrique, et on aurait certainement pu l'éviter si on avait tout d'abord combattu énergiquement l'état hyperchlorhydrique par les alcalins à haute dose. Rappelons-nous donc que beaucoup de dilatations gastriques

(1) Yaveine. Pasalski (*Thèses de Saint-Pétersbourg*, 1891 et 1893). — Tournier (*Province médicale* 1896). — Henri Frenkel (de Toulouse). *Sémiologie et thérapeutique des maladies de l'estomac*. Paris, 1900.

n'ont pas d'autre origine, et c'est la raison pour laquelle il faut agir énergiquement et de bonne heure.

Voici encore une preuve de l'innocuité de la médication alcaline intensive; elle m'est fournie par un médecin aujourd'hui âgé de près de quatre-vingts ans. Pendant plus de dix ans, il a absorbé tous les jours du bicarbonate de soude à la dose de 20 à 25 grammes en dissolution dans une bouteille d'eau, et cela pour combattre une dyspepsie hyperchlorhydrique très rebelle. Il a pu enfin cesser cette médication qui a restauré complètement ses voies digestives, et qui ne l'a pas empêché de fournir une longue carrière, malgré l'alcalinophobie, malgré la cachexie alcaline et l'atrophie glandulaire de l'estomac dont on pouvait le menacer.

On accuse l'action excitante des alcalins sur la muqueuse gastrique. Que fait-on de l'action autrement excitante de l'acide chlorhydrique en excès et de l'alimentation carnée intensive sur cette même muqueuse ?...

II. — Action du bicarbonate de soude

Dans un médicament, il y a plusieurs médicaments. Voilà une notion thérapeutique d'une grande importance.

Un médicament administré à doses diverses peut avoir une action différente. Ainsi, l'action cardiaque de la digitale peut être obtenue avec des doses relativement faibles, tandis que son action *antifébrile* a besoin, pour se manifester, de doses beaucoup plus élevées ; dans les affections du cœur mal compensées, l'action *tonique* sur le myocarde est réalisée par une dose massive de digitale donnée en une seule fois, tandis que des doses faibles et répétées exercent une influence *sédative* ; le même médicament est un puissant *diurétique* dans les hydropisies cardiaques, tandis qu'il agit peu, ou même pas du tout, sur la diurèse à l'état normal ou dans les cardiopathies bien compensées. — La quinine abaisse la température, et cependant elle peut l'élever dans certaines pneumonies algides, dans ce que l'on a appelé les « pyrexies apyrétiques ». — L'arsenic, à la dose de 5 à 10 milligrammes, suffit comme restaurateur de la nutrition, mais il faut arriver à 2 ou 3 centigrammes pour combattre utilement les accidents rebelles du paludisme.

Pour le bicarbonate de soude, rien n'est plus vrai, et ses effets varient avec la dose, avec le mode et le moment de son administration, de sorte qu'on peut s'en servir à la fois comme d'un agent *excitant* de la sécrétion gastrique ou d'un agent *dépresseur* de cette même sécrétion. Pourquoi ?

C'est parce que l'action de ce médicament n'est pas seulement chimique, mais aussi physiologique. Elle est physiologique lorsque, à petites doses et prescrit dans des conditions particulières, le sel alcalin produit l'excitation de la sécrétion gastrique ; elle est chimique, lorsqu'à doses massives et dans des conditions déterminées, il a pour résultat de saturer, de neutraliser les acides de l'estomac sécrétés en excès.

Je sais bien que les chimistes ont tenté de s'inscrire contre cette distinction, et de résoudre par une formule unique l'action si complexe du bicarbonate de soude. Mais il est bon de rappeler, avec Trousseau, « l'inutilité des interprétations de la chimie lorsqu'elle a la prétention d'expliquer par des réactions de laboratoire les phénomènes vitaux qui sont du domaine de la physiologie clinique ».

1° *Action physiologique* et *chimique*. — L'action *physiologique* du bicarbonate de soude sur les fonctions de l'estomac, démontrée il y a longtemps déjà par Blondlot et Cl. Bernard en 1859, se résume dans cette formule : *Le bicarbonate de soude, à petite*

dose, excite la sécrétion gastrique. On doit ajouter que cette action excitante ne s'exerce pas seulement sur l'appareil glandulaire, mais aussi sur la musculature de l'organe, deux effets qui expliquent suffisamment la plus grande rapidité de l'évolution digestive dans les cas où l'on soumet certains dyspeptiques à l'action du médicament. Il est probable, comme le fait remarquer H. Frenkel (de Toulouse), « qu'en diminuant l'acidité, les alcalins s'opposent aux fermentations des hydrates de carbone, cause importante de relâchement de la tunique musculaire de l'estomac ». Le bicarbonate de soude, en agissant directement sur les nerfs de l'estomac ou plutôt en agissant indirectement par le développement de CO^2 qui anesthésie sa muqueuse, est un bon sédatif des douleurs gastriques. Mais, c'est déjà par une action chimique bien mise en lumière par Linossier et Lemoine, que le bicarbonate de soude se comporte comme modificateur de la motilité et de la sensibilité de l'estomac.

L'action physiologique est en quelque sorte déviée, elle change considérablement, lorsque le médicament est prescrit à haute dose pendant ou après les repas, c'est-à-dire pendant la durée du travail digestif. Alors, celui-ci peut subir un véritable ralentissement. Dans ce cas, l'action *chimique* est prédominante. L'effet physiologique de l'excitation gastrique ne peut plus aisément se produire, parce que le sel alcalin dans le chyme alimentaire, a perdu son action de contact sur les glandes gastriques et qu'il est employé à saturer une partie de l'acide chlorhydrique mis en liberté. Il en résulte que le bicarbonate de soude prescrit inconsidérément pendant ou après le repas chez des individus bien portants au point de vue stomacal ou chez des hypochlorhydriques, peut amener des troubles gastriques ou un retard plus ou moins considérable dans la digestion déjà ralentie. Chez les hyperchlorhydriques, il en est tout autrement, et c'est à la fin de la période digestive que le bicarbonate de soude doit être prescrit.

2° *Action immédiate ou éloignée sur la sécrétion gastrique.* — Résumons l'action *immédiate*, et l'action *éloignée* du bicarbonate de soude sur la sécrétion gastrique, d'après les conclusions suivantes de Linossier et Lemoine (de Lyon) :

L'action *immédiate* du bicarbonate de soude sur la sécrétion gastrique est essentiellement excitante, quelle que soit la dose. Le premier effet de l'excitation est la saturation de l'alcalinité; si la dose est faible ou modérée, l'excitation se produit après cette saturation et provoque une augmentation de la richesse du chyme en acide chlorhydrique. L'action excitante se manifeste au maximum quand le bicarbonate de soude est administré avant le repas.

L'action *éloignée* du bicarbonate de soude sur la sécrétion gastrique se traduit d'abord par l'excitation, puis par la dépression de cette sécrétion. L'excitation est le résultat de l'action immédiate du bicarbonate de soude sur les glandes gastriques. La dépression semble, au contraire, devoir être rattachée à l'action générale du médicament, ou, d'une manière plus précise, à l'alcalinisation du sang ; mais, cette dépression ne survient qu'à la longue, c'est-à-dire lorsque la médication alcaline est trop longtemps suivie ; elle n'est pas à craindre lorsqu'il s'agit de la médication temporaire, de l'hyperchlorhydrie par exemple.

Les corollaires thérapeutiques sont les suivants :

Pour obtenir une action excitante du bicarbonate de soude sur le suc gastrique, il faut l'administrer à *doses modérées* avant les repas, une demi-heure ou une heure avant et pendant peu de temps, trois semaines ou un mois au plus, pour ne pas épuiser l'action de la muqueuse.

Pour obtenir un effet sédatif, on doit recourir à des *doses fortes*, pendant ou après les repas, et il faut prolonger davantage la durée de la médication.

III. — Bicarbonate de soude et gastropathies.

1° *Anorexie.* — Puisque le bicarbonate de soude prescrit à faible dose et une demi-heure avant le repas augmente la sécrétion gastrique et qu'il excite la contractilité de l'estomac, il doit être prescrit dans l'*anorexie*.

Il est préférable aux amers dont on a trop abusé et dont l'action a été certainement exagérée; car, dès 1886, Tschelzoff a démontré que les extraits amers à forte dose arrêtent la sécrétion gastrique, qu'à dose moyenne ils la diminuent, et qu'ils la stimulent seulement d'une façon passagère à dose faible. De son côté, Reichmann, deux ans plus tard, a vu qu'à jeun l'ingestion d'un amer produit moins de suc gastrique que l'eau distillée, et que la sécrétion de l'acide chlorhydrique reprend une nouvelle activité dès que la substance dite apéritive a disparu de l'estomac. Dans tous les cas, l'amertume excite la sécrétion salivaire, et si la sécrétion du suc gastrique se trouve momentanément augmentée, c'est indirectement, par suite de la synergie existant entre les sécrétions salivaire et gastrique.

Donc, les amers ne donnent que l'illusion de la faim, et je n'en prescris pour ainsi dire jamais à mes malades. Au contraire, de très petites quantité d'alcalins (0,20 à 0,30 centigrammes de bicarbonate de soude) données avant le repas augmentent plus sûrement la sécrétion gastrique.

2° *Dyspepsie hyperchlorhydrique.* — Quand il y a hyperchlorhydrie, quand il y a hypersécrétien continue du suc gastrique, on commettrait une faute en prescrivant le bicarbonate de soude à petites doses avant le repas; car, au lieu de diminuer, on augmenterait ainsi la sécrétion de l'acide chlorhydrique.

Il faut prescrire le bicarbonate de soude à hautes doses à la fin de la période digestive, vers le moment où apparaissent souvent les douleurs pseudo-gastralgiques de l'hyperchlorhydrie, c'est-à-dire une, deux ou trois heures après l'ingestion alimentaire. De cette façon, le bicarbonate de soude sature l'acide chlorhydrique à mesure qu'il se produit en excès. J'ai été amené ainsi à prescrire 20 et 30 grammes de bicarbonate de soude par jour pendant quelques semaines, dans les cas intenses de dyspepsie hyperchlorhydrique, et cela sans crainte de produire cette fameuse « anémie ou cachexie alcaline ».

Au contraire, je répète que les alcalins favorisent les oxydations intraorganiques; ils donnent une activité plus grande aux échanges nutritifs et à la circulation, ils accélèrent la nutrition, et c'est ainsi que Vulpian et Charcot ont noté une augmentation du poids chez des malades atteints de rhumatisme chronique et soumis à la médication par le bicarbonate de soude à la dose quotidienne de 25 à 30 grammes. Un malade a pris pendant trois mois sans interruption 10, puis 20 grammes de bicarbonate de soude; on constata une augmentation de la diurèse et de l'urée, une élévation de poids de 7 kilogrammes. J'ai obtenu les mêmes effets sur des malades soumis à la médication alcaline intensive, et chez l'un d'eux qui prenait 25 grammes de bicarbonate de soude par jour, j'ai vu en quatre mois le poids du corps s'élever de 8 kilogrammes.

Autrefois, on nous parlait de cachexie alcaline; aujourd'hui, le bicarbonate de soude soude est accusé de produire un autre méfait, la gastrite atrophique. Cette accusation exagérée aura le sort de la première. En attendant, continuons à soigner les crises hyperchlorhydriques très douloureuses par la médication alcaline intensive qui devra toujours être regardée comme médication temporaire et que l'on devra cesser aussitôt après la sédation des douleurs.

En 1891, dans une de mes leçons, je rappelais l'histoire d'un homme de 55 ans, qui, depuis l'année 1886, éprouvait des douleurs vives au creux épigastrique, se faisant sen-

tir surtout dans l'intervalle des repas. A plusieurs reprises, quelques médecins consultés avaient prescrit de faibles doses de bicarbonate de soude, de magnésie calcinée et de craie préparée (environ 1 gr. à 1 gr. 50), et cela sans résultat, parce qu'elles étaient insuffisantes. Depuis trois ans, la maladie avait pris une acuité extrême au point que cet homme se voyait obligé de renoncer à ses occupations. Les douleurs survenaient toujours trois heures environ après chaque repas; persistant pendant plusieurs heures, elles étaient caractérisées par une sensation d'acidité et de chaleur très vives et n'étaient calmées que par l'ingestion alimentaire; l'amaigrissement avait fait de tels progrès que ce malade était presque abandonné, comme atteint de cancer. Je le vis avec un de mes confrères le 22 février 1891, et reconnaissant un cas de pseudo-gastralgie hyperchlorhydrique, sans même avoir besoin de recourir à l'examen du suc gastrique, et cela en m'appuyant sur le caractère des douleurs, sur leur survenance dans l'intervalle des repas et pendant la nuit, je prescrivis 12 grammes de bicarbonate de soude par jour. Dès le lendemain, les douleurs étaient beaucoup moins vives, et les vomissements qui tourmentaient le malade depuis plusieurs années cessèrent complètement par la suite. Au commencement du mois de mars, quelques crises douloureuses se manifestant de nouveau, on porta la dose du bicarbonate de soude à 20 grammes par jour. Le soulagement fut immédiat, et depuis cette époque la guérison s'est maintenue. Le malade n'a pas été atteint de cachexie alcaline, ni son estomac d'atropie glandulaire (1).

3° *Crises gastriques du tabès.* — Je ne reviendrai pas sur l'indication de la médication alcaline intensive dans les crises gastriques du tabès, je l'ai traitée ailleurs (2). Je rappellerai qu'elles s'accompagnent souvent d'un état hyperchlorhydrique très accentué de l'estomac; aussi, l'administration du bicarbonate de soude à la dose de 20 grammes par jour est capable de faire disparaître rapidement, dans ces cas bien déterminés, les plus fortes crises gastriques.

On a aussi obtenu les meilleurs effets de la médication alcaline intensive dans certains accès migrainiformes, dans les migratnes que l'on a désignées sous le nom de *gastrotoxie nerveuse.*

Sans doute, quand nous employons le bicarbonate de soude à des doses aussi élevées, il s'agit de graves dyspepsies hyperchlorhydriques, et l'action des alcalins sur l'état général a été indirecte. Mais il n'en est pas moins vrai que le bicarbonate de soude est un des agents les plus efficaces de la médication reconstituante. Cela, on ne saurait trop le répéter. Le bicarbonate de soude, prescrit d'une façon antiphysiologique, peut produire des accidents, voire même de l'anémie; mais la thérapeutique n'est pas responsable des fautes commises, et la digitale pas plus que le bicarbonate de soude ne cesse pas d'être un excellent médicament, parce que les praticiens ne savent pas toujours se servir de leurs outils.

IV. — Médication alcaline dans d'autres maladies.

Il est démontré que le bicarbonate de soude peut être employé dans deux états gastriques tout à fait opposés : la diminution, ou l'excès de sécrétion du suc gastrique. C'est là une question de dose, de mode et de moment d'administration. Cependant, il ne faudrait pas croire que cet excellent médicament est exclusivement gastrique; il a d'autres indications que je veux sommairement exposer.

(1) H. Huchard. La thérapeutique pathogénique. *Journal des Praticiens*, 1891.
(2) H. Huchard. *Consultations médicales.* Tome I.

1° *Diabète.* — Il y a longtemps qu'on emploie la médication alcaline dans le *diabète*, puisqu'autrefois Willis, puis Fothergill, l'utilisaient sous forme d'eau de chaux à la dose de trois cuillerées à soupe par jour, puisqu'elle formait pour Mialhe la base de sa thérapeutique. Ce dernier auteur n'hésitait pas à prescrire des doses de 6 à 18 grammes de bicarbonate de soude par jour. Bouchardat avait recours au tartrate de soude (15 grammes environ). Mais bientôt, cette médication devint illusoire, parce qu'en raison de l'alcalinophobie des médecins on n'osait plus dépasser les doses de 2 à 4 grammes par jour. Ne lit-on pas encore, dans un livre de Lécorché, que les alcalins ont un grave inconvénient si on les donne en excès? « Ils sont, dit-il, profondément débilitants et exaspèrent la désassimilation. » C'est le contraire qu'il faut penser, comme je l'ai démontré plus haut. Puis, un auteur moderne vient d'écrire ceci (1903) : « Le bicarbonate de soude est un bon médicament, il produit de si bons effets dans les maladies de l'estomac que j'ai pris le parti d'y renoncer parce que les malades sont trop disposés à en abuser, et parce que je crains l'alcalinophagie. » Alors, d'après ce raisonnement, il faut renoncer à tous les bons médicaments, comme la digitale, la quinine, le salicylate de soude, parce « les malades sont disposés à en abuser », et ne se servir que de mauvaises drogues.

Le bicarbonate de soude doit toujours rester le remède par excellence du diabète, mais à la condition d'employer des doses suffisantes (10 à 15 grammes au moins). Il devient, de la sorte, le meilleur médicament préventif d'un des plus grands accidents de cette maladie, le *coma diabétique*, caractérisé, comme on le sait, par l'intoxication acide du sang, véritable *acidémie*.

Je ne fais pas de théories, je ne cherche pas à connaître s'il faut incriminer l'acétone, l'acide acéto-acétique, l'acide oxybutyrique. Il suffit de savoir cliniquement que dans cette complication du diabète, solennelle par sa haute gravite, l'alcalinité normale du sang a disparu ou a diminué, et que la principale, peut-être là seule indication thérapeutique, consiste à combattre cette intoxication acide. J'ai vu, à ce sujet, un malade qui en a présenté les phénomènes précurseurs : somnolence, dyspnée, atonie considérable du système musculaire, tendance à l'état comateux, odeur chloroformique de l'haleine. Rapidement, j'élevai la dose quotidienne des alcalins à 30, jusqu'à 45 grammes par jour, et je vis disparaître, après quelques semaines, ces symptômes avant-coureurs d'une mort prochaine.

Donc, une des principales conditions du succès, c'est d'agir vite et avec énergie et de ne pas attendre que le coma diabétique soit constitué. A ce moment et à cette période, la maladie est presque toujours incurable, et les injections intraveineuses de chlorure de sodium et de bicarbonate de soude pratiquées par Stadelman et Lépine n'ont abouti encore qu'à des insuccès. Si je me trouvais encore en présence d'un coma diabétique nettement établi, je n'hésiterai pas à élever, comme je l'ai déjà fait, les doses de bicarbonate de soude jusqu'à 45 et même 100 grammes, en ingestions stomacale et en lavements. Aux grands maux, les grands remèdes à doses massives.

2° *Affections cardiaques et aortiques.* — Les alcalins ne sont pas des médicaments cardiaques, cependant ils peuvent dans certains cas rendre des services. Il semble que l'on observe de l'hypochlorhydrie à la période hyposystolique et surtout asystolique des affections mitrales, et qu'au contraire l'hyperchlorhydrie coïncide avec les affections aortiques.

J'emploie à dessein le mot « coïncide » ; car il n'est nullement prouvé qu'il y ait une relation directe de cause à effet entre les affections de l'aorte et l'hyperacidité gastri-

que. Lss malades sont le plus souvent des arthritiques, des goutteux, et comme tels, ils sont prédisposés à l'hypersécrétion stomacale. Exemple :

Un malade consulte pour des accidents attribuables à l'hyperchlorhydrie; on le traite par les alcalins à haute dose; ses troubles gastriques disparaissent rapidement, et l'on constate par hasard l'existence d'une affection de l'aorte (aortite chronique avec ectasie du vaisseau et insuffisance des valvules sigmoïdes). Ici, l'hyperchorhydrie n'était certainement pas due à la maladie aortique, mais plutôt à l'état diathésique du sujet.

3° *Affections cutanées.* — Dans les *affections cutanées*, le traitement de l'état diathésique occupait une place prépondérante, d'après Bazin, qui administrait à faible dose le bicarbonate de soude dans les dermatoses de nature et d'origine arthritique. Il y aurait sans doute lieu de mieux utiliser la médication alcaline dans le traitement des maladies de la peau, d'autant plus que la diminution de l'alcalinité du sang dans les affections cutanées snrtout chez les arthritiques a été démontrée (1). Ceux-ci présentent, en effet, une tendance à l'acidité générale des humeurs, ce qui a fait dire plaisamment à Marchal de Calvi, que « l'humanité tourne à l'aigre », et si certaines dermatoses sont le résultat d'intoxications et doivent être traitées par les antiseptiques intestinaux. comme on le fait beaucoup aujourd'hui, il en est d'autres qui puisent leur origine principale dans un état particulier de la crase sanguine qu'il faut modifier par de hautes doses de bicarbonate de soude (25 à 15 grammes par jour).

4° *Affections du foie.* — Je ne parle que pour mémoire des *affections du foie*, de la *lithiase biliaire*. Le traitement par les alaalins et l'eau de Vichy est monnaie courante; mais mon expérience personnelle semble démontrer qu'on arriverait plus sûrement et plus rapidement à la guérison de la lithiase biliaire et à la disparition des coliques hépatiques, si l'on employait de bonne heure et plus régulièrement la médication alcaline intensive.

---

(1) Canard. *Thèse de Paris*, 1878.

L'ALCOOL AU POINT DE VUE ALIMENTAIRE (1)

La caractéristique de l'aliment étant l'*utilité* que peut avoir pour l'être vivant une substance ingérée dans certaines conditions de dose et d'opportunité (Dastre), nous allons examiner d'abord si, à la dose que l'on est convenu d'appeler « hygiénique », l'alcool répond à l'un des trois besoins essentiels de la vie : besoin de matière, pour édifier ou reconstituer les tissus ; besoin d'énergie, pour entretenir la chaleur animale ; besoin d'énergie, pour produire le travail sous toutes ses formes.

I. — *Besoin de matériaux.* — L'alcool n'y pourvoit pas, car il n'apporte à nos éléments anatomiques ni les principes azotés entrant dans la composition de leur trame fondamentale, ni les principes minéraux nécessaires à leurs manifestations vitales. Il ne peut pas non plus former par synthèse leurs aliments de réserve (hydrates de carbone et graisses). Par contre, *déshydratant énergique*, il les prive du véhicule indispensable aux phénomènes physico-chimiques dont ils sont le théâtre et les condamne ainsi à l'insuffisance fonctionnelle.

Mais il est aliment d'épargne, me dira-t-on ? Il peut l'être, en effet, en favorisant la digestion, l'assimilation et l'utilisation des autres aliments ; mais il n'agit ainsi que s'il est pris en proportion assez faible pour exercer une certaine stimulation digestive et générale. Or il est infiniment probable que les dépenses, qu'exagère également cette excitation générale, dépassent les recettes supplémentaires que nous devons à l'alcool.— Il peut l'être encore en modérant la destruction de la graisse et du sucre de nos tissus. Or cette économie de nos réserves se fait par un processus anti-physiologique. En effet, tant que l'alcool excite, il ne peut épargner (Pouchet) : pour que la combustion de nos matériaux ternaires soit enrayée par l'alcool, il faut donc atteindre les doses dépressives, c'est à-dire les doses toxiques, celles qui mènent au ralentissement de la nutrition, à l'arthritisme. De même pour l'albumine que Rosemann a démontré n'être préservée que chez les individus convenablement nourris, chez ceux pour qui cette albumine est une surchage inutile, sinon dangereuse.

II. — *Besoin d'énergie pour entretenir la chaleur animale.* — Remarquons d'abord que la chaleur est un *résultat* de l'activité cellulaire chez tous les êtres vivants, car tant qu'ils vivent et agissent, elle se dégage *inévitablement*. Or chez l'homme au repos, la quantité de chaleur libérée par l'ensemble des masses musculaires représente, à elle seule, au moins 75 0/0 de la chaleur totale : pendant le travail, elle atteint ou dépasse 100 0/0 (Laulanié). Dès lors, pourquoi introduire dans notre alimentation l'alcool qui, comme nous allons l'établir, ne donne que de la chaleur ? Nous n'en avons que faire.

Nous en avons d'autant moins besoin que nos pertes de calorique sont, contrairement à ce que l'on croit généralement, relativement peu importantes. En effet, des expériences de Maurel et de Bardet on peut déduire que la ration d'entretien « nécessaire et suffisante » pour un homme du poids moyen de 65 kilos, est environ de 1.600 calories par 24 heures (calculée en équivalents glycosiques), lorsqu'il mène une vie peu active. Or si, comme l'estime A. Gautier, cet homme consomme tous les jours une quantité d'aliments équivalant approximativement à 2.200 calories, il est évident qu'il trouve en eux un excédent de chaleur. Et alors pourquoi lui offrir encore de l'alcool ? C'est du superflu.

(1) Résumé du rapport fait par le Dr Pascault, le 14 décembre 1903, à la réunion plénière des « Sociétés de médecine de Paris, médico-chirurgicale, de médecine et de chirurgie pratiques ».

D'ailleurs il n'est pas prouvé que, si bon combustible qu'il soit, l'alcool nous réchauffe. Au-delà d'une certaine dose, en effet, il affaiblit notablement le pouvoir oxydant des hématies et d'autre part augmente la déperdition de chaleur par la peau : de sorte qu'au total il nous refroidit. Il n'élève notre température que lorsqu'il agit comme excitant et dans ce cas accélère nos échanges, donc exagère nos dépenses : où est le bénéfice ?

III. — *Besoin d'énergie pour produire le travail sous toutes ses formes*, travail mécanique consistant soit en un mouvement soit en un effort, travail physiologique (énergie vitale de Dastre), c'est-à-dire travail intérieur effectué par la cellule vivante et ne donnant lieu à aucune manifestation visible. L'alcool ne peut en aucune façon satisfaire à ce besoin.

La raison en est dans ce que, première étape de dislocation du sucre, il lui est impossible de revenir sur ses pas pour reconstituer le corps chimique d'où il dérive ; de ce fait même il est incapable de s'incorporer au protoplasma pour y former une provision de glycogène. Or il a été prouvé par M. Chauveau que le glycose (produit de dédoublement du glycogène cellulaire) est l'aliment prochain et très probablement exclusif du travail physiologique de tous nos tissus et notamment des muscles. Ce travail physiologique, cette énergie vitale, *la cellule musculaire*, pour ne parler que d'elle, l'utilise en partie pour la fonction qui lui est propre, pour la contractilité; elle en fait de l'énergie mécanique, du travail mécanique. Exclu de la cellule, l'alcool ne passe pas, comme le glycose, par cette *phase productrice d'activité vitale*: cantonné dans le sang, il y subit une *métamorphose d'ordre purement chimique*, une oxydation, qui donne et ne peut donner que de la chaleur (Dastre).

Je sais bien que la théorie de l'aliment de réserve semble « quelque chose d'énorme comme conception » à M. Duclaux; mais comment expliquer sans elle mille faits d'observation courante (travail à jeun, survie de 15 jours et plus malgré une privation absolue d'aliments...) ? C'est aussi cette théorie qui permet de comprendre comment certains vieux buveurs vivent avec une alimentation qui paraît notoirement insuffisante : leurs échanges étant extrêmement réduits par l'imprégnation alcoolique, la moindre nourriture suffit, en s'ajoutant à l'utilisation parcimonieuse de leurs réserves, pour prolonger leur existence de quelques années.

D'ailleurs, pour en revenir au muscle, tout tend à prouver qu'il n'est pas, comme les machines industrielles, un moteur thermique. On démontre en effet mathématiquement que, pour transformer la chaleur en travail, il lui faudrait supporter une température de 114° (Laulanié). L'alcool, uniquement générateur de chaleur, ne lui est donc d'aucune utilité.

Les expériences physiologiques conduisent aux mêmes conclusions. Chauveau, Destrée, Gley, sont d'accord pour reconnaître que, si l'alcool a un effet favorable immédiat sur le travail, cet effet est momentané : une demi-heure plus tard il est annulé par une diminution dans le rendement musculaire. Quant aux expériences d'Atwater et Benedict, elles confirment seulement, à notre avis, ce que nous savions déjà depuis longtemps, à savoir que l'alcool brûle en nous en dégageant de la chaleur : en effet, leurs sujets étant surnourris (ration de 3.660 calories), les aliments *autres que l'alcool* suffisaient largement à subvenir à leurs dépenses d'énergie mécanique.

Enfin nous ferons remarquer que les coureurs, les cyclistes et tous ceux qui font des sports une profession, ont rayé cet excitant de leur régime.

Un dernier grief contre l'alcool. Non seulement il n'engendre pas de travail par lui-même, mais encore il s'oppose à ce que nos cellules en créent avec leurs réserves de

sucre. Le mécanisme en est simple : il asphyxie le globule rouge. Les oxydations étant alors impuissantes à détruire l'alcool ingéré et celui qui résulte de la désagrégation du glycogène par le travail cellulaire, le sang peu à peu se sature de cette substance éminemment antifermentescible et la cellule, à son contact, diminue progressivement les échanges qui fournissent l'énergie employée par le muscle.

Concluons donc. En tant que principe énergétique, l'alcool nous offre libéralement le mode d'énergie dont nous avons le moins besoin, la chaleur, mais est inapte à produire celui qui nous est le plus nécessaire, le travail. Bien plus, à la longue, il tarit la source de chaleur et de travail en s'attaquant aux hématies et aux tissus nobles de l'économie et, j'ajouterai, parmi eux tout particulièrement au plus noble, le système nerveux. Comme d'autre part lorsqu'il réchauffe, lorsqu'il favorise l'assimilation des aliments, il ne le fait qu'en nous excitant, c'est-à-dire en nous obligeant à accroître nos dépenses, comme il ne cède rien à la cellule et au contraire s'empare de son eau de constitution, nous sommes en droit de dire que *partout et toujours l'alcool nous prend plus qu'il ne nous donne*, que *partout et toujours il met entrave aux phénomènes physico-chimiques qui sont l'essence même de la vie.* Est-ce là le caractère de l'aliment? Je vous en laisse juges.

Refuser à l'alcool les qualités propres à l'aliment, c'est affirmer qu'il ne nous est pas utile; mais au moins nous est-il indifférent?

Pour se faire une opinion, il ne faut pas borner ses investigations à un individu : en procédant ainsi, on constate seulement jusqu'où peut aller l'élasticité humaine en matière d'intoxication (Triboulet): il faut d'un regard embrasser toute une famille, tout un peuple. Or vous savez de quels crimes on charge l'alcool.

Et puis nous sommes trop portés à considérer l'alcool comme indifférent tant qu'il n'a pas provoqué le syndrôme classique de l'alcoolisme chronique. Mais avant d'en arriver là, une longue période s'est écoulée pendant laquelle l'intoxication existait déjà à l'état latent et se manifestait par l'accoutumance au poison et le besoin d'en faire quotidiennement usage : à cette phase silencieuse, Sapelier a donné le nom d'alcoolomanie. Or, aujourd'hui, d'après Jacquet, sur 100 hommes, 90 sont alcoolomanes. Nous doutons qu'il exagère.

Enfin, il est toute une catégorie de maladies qui relèvent de l'alcool, et que Glénard a groupées sous le titre d'alcoolisme insidieux (certains cas de diabète, de goutte, d'obésité...)

En réalité, les perversions et lésions cellulaires d'origine alcoolique se cachent donc sous les masques les plus divers : nous en connaissons quelques-unes, l'avenir nous en révélera d'autres. Devant cette incertitude, ce serait, il me semble, beaucoup d'imprudence et de présomption, de déclarer que l'alcool nous est indifférent.

A supposer même qu'il le soit, si nous avons la sagesse de rester dans les limites de l'élasticité de la machine humaine, il resterait à déterminer la valeur de cette « inconnue », *ce qui est impossible* puisqu'elle varie suivant les climats et les races, suivant l'âge, le sexe, l'individu, et, chez un même sujet, suivant son état actuel et ses prédispositions, suivant l'alimentation, le genre de travail, etc... Convenons-en, nous ne savons pas « nous servir de l'alcool » et, qui plus est, nous ne saurons jamais.

Dans ces conditions, pouvons-nous, nous médecins, garantir qu'il est une dose « hygiénique » d'alcool ? Pouvons-nous couvrir de notre autorité cette notion générale qu'un litre de vin par jour est inoffensif ? C'est une responsabilité que, pour notre compte personnel, nous ne voulons pas assumer.

Quand, pour proscrire l'alcool et les boissons alcooliques, je prends le vin comme exemple, c'est avec intention. Le vin, en effet, ne mérite pas l'indulgence qu'on lui accorde si volontiers, car il est, suivant nous, un facteur important de l'alcoolisme insidieux, de l'arthritisme : il l'est par son alcool, par ses éthers, par ses acides ou son tannin, par le plâtre et les autres substances qu'on y ajoute dans un but de lucre ou de conservation : il l'est enfin et surtout *parce qu'on ne se méfie pas de cette boisson*, qui a la réputation de « ne pas faire de mal, du moment que l'on n'en abuse pas »:

De même pour le cidre qui, faible, est très acide, et fort, très alcoolique.

La bière, dite de consommation locale, quand elle est jeune et de bonne qualité est, certes, de toutes les « boissons hygiéniques » la moins préjudiciable à notre santé. Mais elle désaltère mal et entraîne ainsi parfois à en user d'une façon déraisonnable.

L'eau n'a pas cet inconvénient : mais la recommander, sous prétexte qu'elle est « le meilleur antidote de la soif », serait bien mal connaître nos contemporains : il y a beau temps qu'ils ne boivent plus seulement pour se rafraîchir. Si, nous plaçant uniquement au point de vue physiologique, nous nous demandons ce que l'homme recherche dans la oisson, nous verrons que, indépendamment d'une sensation gustative agréable, il lui demande avant tout l'illusion de la force, illusion que seules les boissons excitantes lui donnent pleine et entière.

A aller au fond des choses, *l'alcool doit donc sa puissance de séduction à ce qu'il est un excitant énergique*. Or, à notre époque, l'excitation — l'excitation factice et violente — est bien souvent nécessitée par la fatigue permanente dont presque tous nous souffrons, *et cela ordinairemect à notre insu*. Pour lutter contre la passion pour l'alcool avec quelques chances de succès, il nous faut donc remonter aux causes mêmes de la fatigue et, celles-ci une fois connues, supprimer au moins celles d'entre-elles qui sont du domaine de l'hygiène individuelle. En proposant cette méthode, je n'ai d'autre prétention que d'indiquer un moyen de combattre « physiologiquement » le besoin d'alcool : sur tout autre point, je laisse la parole aux moralistes et aux législateurs.

La *fatigue nerveuse* apparaît chaque fois que le cerveau est trop vivement et trop fréquemment sollicité pour le plaisir ou ébranlé par la douleur, chaque fois qu'il se surmène à vouloir ou à penser.

La *fatigue musculaire* résulte tant de l'usure des réserves emmagasinées dans le muscle (*fatigue par épuisement*) que de l'accumulation des déchets provenant de son fonctionnement (*fatigue par intoxication*). Cette dernière peut également être due, soit à des produits dérivés des fermentations anormales qui se font dans le tube digestif, soit à une insuffisance des organes chargés de neutraliser ou d'éliminer les poisons en circulation (foie et reins).

La fatigue a d'autres fois encore son point de départ dans l'appareil digestif. Normalement, lorsqu'un aliment s'adapte convenablement à notre réceptivité digestive, il provoque, par simple contact avec la muqueuse gastro-intestinale, une sensation de réconfort qui dure tout le temps de sa digestion. Mais que cet aliment soit mal toléré par l'estomac ou l'intestin, au lieu du bien-être sur lequel on comptait, on ne ressent que malaise et lassitude. Celle-ci se montre également très vite quand l'aliment se digère très rapidement. Enfin, dans quelques cas particuliers, le tube digestif seul est en cause, dans l'entéroptose par exemple. A cette fatigue, dans laquelle les réflexes viscéraux prennent la plus grande part, nous donnerons le nom de *fatigue réflexe-abdominale*.

Ces prémisses posées, voyons s'il est logique de recourir à l'alcool pour nous soustraire à la fatigue.

Pour la fatigue nerveuse, le doute n'est pas permis : l'alcool, poison nerveux, poison de l'intelligence, ne peut qu'être néfaste.

Pour la fatigue musculaire, l'alcool, en tant qu'excitant, aggrave la fatigue par épuisement : en tant qu'agent s'opposant aux oxydations, il redouble la fatigue par auto-intoxication. Nous devons en inférer que quand l'alcool abolit la sensation de fatigue, il nous prive d'un salutaire avertissement destiné à nous préserver d'une usure prématurée. Il en est de même lorsqu'il annihile l'impression de la faim, car, celle-ci disparue, le muscle est sevré d'aliments et s'épuise. En somme, l'alcool nous enlève nos meilleurs moyens de défense.

Cette accumulation de fatigue, qui caractérise son usage, entraîne une autre conséquence : on est sans cesse tenté de revenir à l'excitant qui rend le travail plus facile, et, comme tous les jours il fatigue davantage, tous les jours on en force la dose. — *L'excitation appelle l'excitation*, — et c'est pourquoi, de l'usage à l'abus, il n'y a qu'un pas, que tôt ou tard on franchit inconsciemment. *En vérité, là est le danger de l'alcool.*

Pour la fatigue abdominale, l'alcool la soulage aussi, mais crée une habitude vicieuse qui devient tyrannique.

Comment pourrons-nous donc nous soustraire à cet impérieux besoin d'alcool? En atténuant, comme nous l'avons dit, dans la mesure du possible, l'impression de fatigue qui nous engage à lui demander une excitation de quelques instants. On y parviendra en réglant le travail et l'alimentation, de manière à obtenir le maximum de rendement avec le minimum d'épuisement et d'intoxication.

La question du travail ne rentre pas dans mon sujet : quant à celle de l'alimentation, je ne vous en dirai que deux mots pour ne pas abuser plus longtemps de l'attention que vous avez bien voulu m'accorder.

L'aliment, pour subvenir utilement au travail, doit avant tout s'adapter à la réceptivité digestive du sujet et au mode de travail qu'il exécute. Aux travaux lents et soutenus conviennent les aliments gras et les amidons englobés dans une trame de cellulose ; aux travaux de vitesse, le sucre, les amidons facilement saccharifiables, tels que le riz, les pommes de terre..., et la viande (Pagès). Mais cette dernière exposant à l'auto-intoxication par les produits de ses fermentations dans l'intestin et par les dérivés issus de sa déassimilation, on en restreindra l'indication à ceux qui s'accommodent mal des autres aliments (entéroptosiques, hyperchlorhydriques).

L'amidon, le sucre et les graisses suffisent à toutes les formes de travail, même au travail cérébral. Comme, comparativement à la viande et surtout à l'alcool, ils sont peu excitants et « ne poussent pas à l'action », donc à la dépense, ils constituent de véritables *aliments de résistance*. En faisant d'eux notre nourriture habituelle, en leur adjoignant les légumes verts qui, par leurs principes minéraux, concourent puissamment à l'activité cellulaire, nous éloignerons de nous la fatigue qui fait de l'alcool un mal nécessaire.

Alors, la passion pour ce dangereux stimulant n'aura plus d'excuse, et ne s'y adonneront que les gens qui, en dépit de tous les avertissements, voudront, avec son aide, doubler les étapes de la vie. Auprès de ceux qui aiment l'alcool parce qu'il est excitant et excitant agréable, qui vivent par lui et bien souvent pour lui, tous les raisonnements échoueront. Sur ce point, je ne me fais aucune illusion.

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

BOSTON MEDICAL LIBRARY
MAR 14 1905

Séance du 13 janvier 1904

Présidence de M. Mathieu

M. Huchard présente un aliment nouveau, dit le *pain essentiel*, livré à la consommation sous quatre formes. Ce pain se distingue de ses congénères en ce que, au moment de la panification, on ajoute à la pâte des albumines du lait, non pas la caséine de commerce, souvent altérée, mais du lait concentré à consistance voulue. En dehors des biscottes contenant 30 0/0 de matière azotée, on obtient aussi un pain de gluten, sous forme d'échaudé, ne contenant que 10 0/0 d'hydrocarbures. De plus, on fabrique une farine avec le pain après cuisson et un pain sans addition de chlorure de sodium.

M. Adrian présente une note destinée à répondre à une observation de Mathieu, qui, à la dernière séance, attribuait l'action du glycogène à la présence possible d'un principe opothérapique dans le produit employé dans un but thérapeutique. Pour rendre possible une hypothèse de ce genre, il faudrait admettre que les glycogènes utilisés actuellement sont mal purifiés ; or tel n'est pas le cas, car on ne retrouve chez eux aucun principe zymasique.

M. Laumonier avait dit, d'un autre côté, que les injections hypodermiques de glycogène ne pouvaient guère rendre de services parce qu'elles sont douloureuses : M. Adrian cite de nombreux exemples de médecins utilisant couramment ces injections : il faut donc admettre que M. Laumonier est tombé sur des cas de susceptibilité individuelle.

M. Barbier, à propos de la *teneur en sels du lait*, rappelle qu'en donnant des doses de lait de vache peu élevées, il ne court pas pour cela le danger de déminéraliser l'organisme infantile, puisque le lait de vache contient beaucoup plus de sels minéraux que le lait de femme.

M. Robin lit une note sur la *saignée dans la fièvre typhoïde*. Il semblera étrange, au premier abord, que l'on parle d'une médication de ce genre, mais l'orateur réserve ce traitement à des accidents graves spéciaux ; on assiste alors à de véritables résurrections, dont il donne un exemple.

Un charretier de 39 ans est amené dans le service au seizième jour d'une fièvre typhoïde grave ; il est en état de prostration extrême avec délire complet, mouvements automatiques, carphologie, température 39,5 : pouls 140. On prescrit les bains froids, et deux jours après il y a un abaissement thermique qui s'accentue pour aller à 36,6°, alors que le pouls devient incomptable, le délire toujours plus marqué avec tendance au collapsus. On supprime les bains, et le lendemain on pratique une saignée de 250 grammes. L'après-midi du même jour, la température remonte à 39°, le pouls en revanche redescend à 120, et les urines, qui étaient de 500 grammes environ par jour, remontent à 1,250 grammes. Le délire a disparu, et à partir de ce jour le malade s'achemine sans accidents à une guérison définitive.

Quelle conclusion doit-on tirer des faits de ce genre ? Une première idée vient à l'esprit : le malade est en danger par suite de la rétention de toxines peu solubles, difficilement éliminables

par conséquent, et la saignée a débarrassé l'organisme d'une partie des toxines. Ce raisonnement est peu acceptable, car 250 grammes sur 7 ou 8 litres de sang contenu dans l'organisme ne font que 1/24e de la masse totale.

Le raisonnement exact est tout différent ; pour lutter contre la rétention des toxines peu solubles, on doit chercher à les transformer en produits plus solubles, par oxydation. Or, on y arrive au moyen des bains froids, qui font augmenter la fixation d'oxygène et l'élimination de l'acide carbonique. L'organisme commence ainsi par brûler les toxines, et les élimine ensuite.

Mais il est des cas où le coup de fouet donné aux oxydations par les bains n'est pas assez énergique : c'est dans ces circonstances que la saignée interviendra. L'orateur rappelle que les travaux de Binet et les siens ont démontré que toute perte de sang s'accompagne d'une augmentation de la consommation pulmonaire d'oxygène, et d'une augmentation d'élimination d'acide carbonique. Comme chez ce malade le rein était sain, on a, par la saignée, favorisé l'oxydation et l'élimination ultérieure des toxines.

En résumé, dans des cas d'intoxication typhique grave, *avec hypothermie* et pouls incomptable, il ne faudra pas hésiter à saigner le malade.

M. Gallois a eu une fois l'occasion de saigner un typhique, qui présentait au contraire de l'hypertension artérielle, et de la congestion faciale : il a obtenu aussi un résultat remarquable dans ce cas.

M. Barbier rappelle que la saignée provoque une poussée leucocytaire très active, et comme les leucocytes sont des vecteurs d'oxydases, leur arrivée en grand nombre dans la masse sanguine constitue un phénomène très utile au malade qui lutte contre l'intoxication,

M. Mathieu se souvient d'avoir lu dans Trousseau qu'il est habituel de voir l'état du typhique s'améliorer après une hémorragie intestinale, quand celle-ci, cela va sans dire, n'est pas assez abondante pour compromettre l'existence.

M. Chevalier donne lecture d'une note concernant la *pharmacologie de la valériane*. L'essence de valériane, le principe actif de la racine, est un composé de corps très oxydables (terpènes, camphènes, etc.) et d'éther du bornéol, qui joue un rôle capital dans l'action physiologique de l'essence.

Dans les préparations usitées, tous ces éthers sont détruits : le valérianate d'ammoniaque n'en contient pas. Pour obtenir l'éther du bornéol, qui est très actif, il faut procéder à l'extraction à l'abri de l'air, de la lumière, de la chaleur, et en milieu alcalin. On obtient ainsi l'éther du bornéol qui, à faible doses, excite manifestement chez les animaux le système nerveux ; à doses plus fortes, la période d'excitation est de courte durée et remplacée par une période de sédation et de somnolence. M. Féré, qui a essayé le produit sur des malades, a obtenu des résultats identiques.

M. Gallois donne un résumé de son *rapport sur le sevrage*. Ce sujet n'est pas traité, dans les ouvrages classiques, avec une ampleur suffisante. Les erreurs commises par les familles sont beaucoup plus nombreuses, au moment du sevrage, qu'au moment de l'allaitement. Pour combattre les accidents du sevrage, les médicaments sont le plus souvent inutiles, le calomel surtout, et un bon régime suffit dans la grande majorité des cas à assurer la guérison.

Ici, comme au moment de l'allaitement, le grand danger est la suralimentation, et c'est pourquoi l'orateur s'est efforcé, dans son rapport, à être aussi minutieux que possible, de façon à ce que le médecin, bien documenté, puisse intervenir avec autorité en présence de parents imprudents ou imbus d'idées fausses.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Chirurgie générale

Dr BENOIT

Ancien interne des hôpitaux

Des tumeurs de l'orbite; diagnostic et traitement (*Revue de chirurgie*. 10 décembre 1903), par TERRIER et MORAX. — Dans ce travail, dont le plan ne nous a pas paru très accusé, les auteurs ont réuni plusieurs observations de tumeurs orbitaires, avec planches, de manière à tracer un tableau clinique. Bénignes ou malignes, les tumeurs de l'orbite ont, pour symptôme dominant, des déviations du globe oculaire rejeté, soit en dehors, soit en dedans : il y a exophtalmie, avec ou sans diplopie ; la statique oculaire et le jeu de l'appareil musculaire se trouvent influencés. Lorsque la tumeur est développée sur le nerf optique lui-même, il y a exophtalmie axile. Mais c'est surtout dans le tissu cellulaire périoculaire et le périoste que se développent les tumeurs qu'on observe le plus fréquemment. Les tumeurs issues des cavités voisines, cavité nasale, cavités des sinus surtout, envahissent la globe oculaire de leurs prolongements ; le volume de ces tumeurs secondaires peut être énorme. Ces cas ne rentrent pas dans le cadre de cette étude. Il reste les tumeurs propres à la région. On doit faire une place à part aux productions *tuberculeuses* et surtout *syphilitiques*, gommes périostiques ou névromes spécifiques, qui sont jugées par le traitement et se distinguent par ce fait qu'elles sont assez *douloureuses*. L'*actinomycose* est une véritable rareté à l'orbite. La pathologie chirurgicale de cette région se résume donc surtout aux *fibromes*, *fibro-myxomes*, *fibro-sarcomes*, qui naissent du tissu fibreux périostique ou orbitaire. Ces tumeurs se développent avec beaucoup de lenteur ; elles ne donnent lieu que rarement à des phénomènes douloureux. Leur ablation est indiquée lorsque des troubles graves de la vision viennent à se produire. Leur volume n'est pas toujours très considérable, car il suffit de tumeurs grosses comme une noisette pour causer des déviations graves de l'œil. Ces tumeurs *vasculaires*, plus ou moins réductibles, se rencontrent dans cette catégorie de tumeurs bénignes et qui ne récidivent pas après l'ablation. Les *sarcomes* véritables ont une marche en général plus rapide. On peut tenter de les opérer, mais la récidive est assez rapide, dans tous les cas qui ont été recueillis.

La technique opératoire des tumeurs comprend, pour les *tumeurs externes de l'orbite*, la section d'un volet ostéo-cutané, comprenant l'apophyse orbitaire externe. Nous lisons, dans une des observations de M. Morax, que le bord externe de l'orbite étant mis à nu par l'incision, on rugine le périoste temporal et, avec la gouge et le marteau, on fait une section de quelques centimètres sur l'apophyse orbitaire externe ; cela suffit, en rabattant l'os en dehors, pour se donner un accès facile sur le néoplasme. Celui-ci une fois mis à jour, on le dégage avec le bout du doigt et on l'extrait le plus rapidement possible, l'hémorragie s'arrêtant aussitôt que l'opération est terminée. On bourre de gaze aseptique le vide orbitaire, et on suture le volet avec des crins de Florence.

Lorsque la tumeur est située dans la partie interne, on va à sa recherche par une incision qui suit l'angle supéro-interne de l'orbite et se poursuit sur la base du nez; on récline fortement en dehors et, si le jour n'est pas suffisant, suivant l'exemple de Kronlein, on fait la résection temporaire de l'apophyse orbitaire externe comme précédemment. L'écartement serait alors suffisant pour permettre d'atteindre et d'énucléer les tumeurs le plus profondément situées.

A. BENOIT.

La question de l'opération dans le cancer de l'estomac, par A. MOYNIHAN (*The Practitionner*, décembre 1903). — Si la chirurgie des tumeurs malignes en général a fait de grands progrès depuis 20 ans, il n'en est pas de même de l'intervention dans le cancer stomacal, dont les résultats laissent fort à désirer. Cela tient à la difficulté du diagnostic précoce de la maladie.

L'auteur pose d'abord les questions suivantes à résoudre : .

1° Une opération palliative sur l'estomac peut-elle prolonger l'existence ?

2° Cette opération se justifie t-elle par une grande amélioration apportée au malade ?

3° La résection offre-t-elle un espoir raisonnable de guérison ?

4° La résection, en cas de récidive, a-t-elle donné une survie plus grande et amélioré la santé ?

Il s'agissait d'établir d'abord dans quels cas l'opération doit être palliative, dans quels autres on peut essayer une opération radicale.

Au point de vue des résultats thérapeutiques de l'opération, l'auteur cite les conclusions de Kronlein : le cancer de l'estomac, sans opération, a une terminaison fatale environ au bout d'un an ; la gastro-entérostomie prolonge la vie des malades atteints de cancer stomacal pour trois mois en moyenne; la gastrectomie, pour autant qu'elle soit suivie de récidive, prolonge l'existence d'environ 14 mois.

De son côté Mikulicz a fait les opérations suivantes : simple incision exploratrice donnant une mortalité de 9 0/0 ; gastro-entérostomie avec 33 0/0 de mortalité, et une survie moyenne de 6 mois 4/10 après l'opération, 14 mois du début de la maladie; résection de l'estomac avec 25 0/0 de mortalité, 10 malades vivent encore 2 ans après l'opération, 4 trois ans 1/2 après l'opération et sont considérés comme radicalement guéris. Les résultats pour l'auteur sont aussi bons que ceux qu'on obtient dans les opérations pour le cancer de la langue ou du rectum.

En ce qui concerne les indications opératoires, la gastro-entérostomie peut donner les meilleurs résultats lorsqu'il existe de la sténose au voisinage du pylore et qu'il y a stase des aliments. Le poids augmente, l'appétit revient et les vomissement cessent immédiatement. Même lorsqu'il n'y a pas d'obstacles au passage des aliments. l'opération peut encore donner de bons résultats, car l'estomac se vide mieux et les malades peuvent prendre des repas plus fréquents. Cependant dans la plupart des cas on ne doit pas compter sur ces résultats. La gastro-entérostomie apportera un très grand soulagement s'il y a abaissement du pylore ou abaissement de l'estomac déterminant la forme en sablier, ou s'il y a stase alimentaire marquée.

Si d'autre part la tumeur est située sur les courbures et s'il n'existe ni sténose, ni stase, la gastro-entérostomie ne donnera que peu de soulagement et ne prolongera pas l'existence.

La gastrectomie, entre les mains de Mikulicz et de Carle et Fantino, a donné une mortalité moindre que la gastro-entérostomie. Ses avantages sont de prolonger l'existence de dix à onze mois et d'apporter un grand soulagement au malade. Bien que la récidive puisse s'ensuivre, dans la majorité des cas le malade est grandement amélioré par l'ablation de cette tumeur ulcérée fournissant un liquide sanieux et du sang. Aussi peut-on se demander si la gastrectomie ne doit pas être pratiquée délibérément comme opération palliative dans les cas où il y a une tumeur secondaire dans le foie ou si l'on trouve des ganglions inaccessibles. Si l'on tient compte de ce que la mortalité n'est pas plus grande et même moindre que celle de la gastro-entérostomie, qui de son côté donne une survie moindre, et que le malade a toujours une chance d'obtenir une guérison complète, on ne peut douter que l'opération de choix ne soit toujours la gastrectomie. Si, à l'ouverture de l'abdomen, on trouve qu'il est impossible de pratiquer les deux opérations indiquées, on pourra obtenir quelque résultat en pratiquant la duodénostomie ou la jéjunostomie. Ces opérations sont simples, rapides, ne s'accompagnent pas de choc et peuvent au besoin être pratiquée avec la cocaïnisation. Mais on est peut renseigné sur leur valeur.

L. Jumon.

La gastro-entérostomie dans le rétrécissement pylorique et l'amélioration possible de ses résultats, par le Dr Ortiz de la Torre (*Revista de Medicina y Cirugia praticas*, Madrid, 21 novembre 1903). — On sait que cette opération repose sur une base rationnelle, et qu'elle a pour effet un relèvement immédiat de la nutrition des malades.

Il est d'observation courante, parmi tous ceux qui la pratiquent, qu'elle exerce sur la pathologie de l'estomac une modification intense, représentée par la diminution rapide de l'hyperacidité. Il y a lieu de chercher l'explication de ce phénomène pour essayer d'y porter remède.

L'auteur croit que le but pourra être atteint si l'on établit un nouveau pylore, tout en fermant entièrement le passage par l'ancien pylore rétréci. Le péristaltisme dirigera alors le contenu gastrique sur un seul point de facile évacuation ; sous cette influence, la structure musculaire des parois se modifiera, car on sait que les organes et tissus s'adaptent à la fonction qu'ils doivent remplir.

Cette nouvelle voie est celle que l'auteur recommande aux expérimentateurs : l'ectasie gastrique se modifiera ainsi en même temps que le chimisme.

F. Bérini.

Quand doit-on opérer la périthyphlite, par Jaffé (*Berliner Klin. Woch.*, 14 décembre 1903). — Celui qui a suivi attentivement toute l'évolution du traitement de la périthyphlite verra facilement que toute la question thérapeutique consiste a établir le moment où l'opération doit être faite.

La recommandation qu'on a faite d'opérer chaque fois et aussitôt les malades, équivaut à appliquer le même traitement à tous les malades ou à peu près à tous. On se posera la question de l'opération ou de l'abstention à un moment où la maladie est dans un stade plus ou moins avancé. Celle-ci se présente sous deux formes, qui malheureusement sont souvent combinées : Dans la première forme, l'exsudat péri ou para-appendiculaire est limité à la région de l'organe malade ; dans le second cas l'affection est étendue, d'une façon extrêmement variable, au reste du péritoine.

On devra opérer dans tous les cas où l'inflammation est en voie d'extension sur le péritoine et lorsqu'on a l'impression que l'infection s'étend des parties malades aux parties saines jusqu'alors.

Mais si la maladie reste limitée à la région de l'organe malade, si l'exsudat périthyphlitique est limité et achevé, Jaffé croit que dans toutes les circonstances c'est une faute d'inciser.

On doit seulement opérer aussitôt, lorsqu'on croit que l'infection ne restera pas limitée et se propagera.

Si l'on est autorisé à attendre et si l'on attend, le patient bénéficie considérablement de ce retard dans l'intervention, étant donné bien entendu que l'on n'a pas attendu que le pus apparaisse sous les parties molles, mais qu'on attend seulement que le noyau de l'exsudat ait subi la fonte purulente. L'intervention est en effet beaucoup plus désavantageuse lorsque l'exsudat de la périthyphlite n'a pas subi cette fonte.

C'est à cette différence entre l'état suppuré et collecté ou non de l'exsudat, que Jaffé attribue la principale valeur en ce qui concerne l'intervention opératoire.

L. Jumon.

Traitement des traumatismes de la colonne vertébrale, par W. J. Means, (*Internat. J. of Surgery*, novembre 1903). — Le traitement des traumatismes de la colonne vertébrale est à la fois expectant et opératoire. Pour le premier, le repos est un des facteurs les plus importants. D'abord, des applications froides apportent un soulagement considérable aux malades et modifient le processus réactionnel. Plus tard, on peut leur substituer la chaleur. Le massage appliqué sur la région dorsale et les extrémités donnent de bons résultats habituellement. Les applications d'ichthyol et les frictions stimulantes, complètent avec les courants continus le traitement local. On doit surveiller particulièrement la vessie et l'intestin ; le rectum surtout doit être toujours débarrassé des matières. Il est important que la région blessée soit maintenue dans un état parfait d'asepsie.

Le traitement opératoire consiste à faire la laminectomie et à supprimer la pression exercée sur la moelle par des caillots ou des vertèbres déplacées. C'est une opération qui est décrite aujourd'hui dans tous les livres classiques. Le problème le plus difficile à résoudre pour le chirurgien est celui des indications opératoires. La laminectomie est une opération très meurtrière quand elle est pratiquée dans les premiers jours de l'accident. D'après Lloyd, qui a recueilli de nombreuses statistiques, la mortalité serait environ de 50 0/0. Ces statistiques sont décidément opposées à l'opération immédiate et il sera très sage de ne jamais opérer tant qu'on ne sera pas certain de voir le malade se relever des effets directs de l'accident. L'opération peut être faite dès que le blessé est sorti de son état comateux et que l'on est renseigné sur son état physique. Il faudra en général un jour ou deux pour établir s'il s'agit d'une contusion, d'une compression ou d'une section de la moelle.

D'après ses propres observations et l'opinion générale des chirurgiens de son pays, Means croit qu'il faut opérer dans tous les cas dès que le choc primitif a disparu, lorsque des symptômes paraplégiques indiquent des troubles sérieux de la moelle. Il faudra opérer, si possible, avant le développement de tout processus inflammatoire. Les conclusions de l'auteur sont les suivantes : Toutes les lésions de la colonne vertébrale doivent être indistinctement examinées avec beaucoup de soin.

En raison de la fréquence des phénomènes secondaires qui peuvent survenir, le pronostic doit toujours être réservé. Il n'existe pas de signe positif de lésion complète de la moelle dans le premier stade d'un accident. Le traitement des lésions de la colonne vertébrale consiste d'abord dans le repos, dans la position horizontale, en applications froides, dans la surveillance de la vessie et du rectum ; en second lieu dans le massage, les frictions stimulantes.

La laminectomie faite après la disparition du choc n'est pas une opération dangereuse : elle constitue le seul traitement rationnel de la

compression de la moelle. Elle peut donner un résultat même plusieurs mois après l'accident.

L. Jumon.

Traitement des sinusites maxillaires (*Académie de médecine*, 5 janvier 1904). — Le Dr Jarre, fait une communication sur l' « importance du diagnostic étiologique dans le choix du traitement de l'abcès du sinus maxillaire ». Il montre que le traitement des abcès du sinus maxillaire doit toujours être subordonné à l'étiologie de chaque cas particulier et il résume son travail dans les conclusions suivantes :

1° L'abcès du sinus maxillaire est, dans la très grande majorité des cas, un abcès alvéolo-dentaire, simple ou compliqué de nécrose, ou bien un kyste radiculaire abcédé, ouverts dans le sinus ;

2° Le pus, dans l'abcès du sinus maxillaire, a pour origine principale, non pas l'état inflammatoire de la muqueuse, mais bien une lésion profonde, intra-osseuse, le plus souvent d'origine alvéolaire (racine de dent malade, sequestre, kyste);

3° Dans l'abcès du sinus maxillaire, la suppression de la cause profonde de la suppuration, extraction simple ou greffe de la dent malade, ablation d'un sommet de racine fracturée abandonné au fond de son alvéole au moment de l'avulsion de la dent, — extraction d'une dent restée incluse dans la mâchoire, lorsque l'abcès du sinus est symptômatique d'un abcès alvéolo-dentaire non compliqué de nécrose, — extraction de la dent malade et ablation des parties nécrosées, lorsqu'il est dû à une arthrite alvéolo-dentaire compliquée de nécrose, — et enfin avulsion de la dent et drainage du kyste, lorsqu'il a pour origine un kyste radiculo-dentaire abcédé, — est suivie d'une guérison rapide et définitive;

4° Les lésions secondaires de la muqueuse du sinus (inflammation périfistulaire, végétations, etc.) guérissent en quelques jours à la suite de la disparition de la cause productrice du mal, sans qu'il soit nécessaire d'intervenir d'aucune manière du côté de l'antre d'Hygmore.

R. Blondel.

Méningo-encéphalocèle de la fontanelle postérieure, Opération, guérison, par le Dr Reboul *Congrès français de Chirurgie*). — Un enfant d'un mois avait été présenté, le 27 mars 1901, pour une tumeur siégeant à la fontanelle postérieure : il s'agissait d'une méningo-encéphalocèle, du volume d'une grosse noix. A cause de l'état de faiblesse de l'enfant, l'A. conseilla à la mère de tenter la compression à l'aide d'une lame de carton et de la ouate. Au mois de juillet suivant, l'enfant fit une chute sur la région occipitale ; il perdit connaissance ; la tumeur devint plus foncée et dès lors augmenta régulièrement.

M. Reboul l'opéra le 23 octobre, à l'hôpital, avec l'aide de ses internes, MM. Calvet et Rabejac. Anesthésie au chloroforme. Dissection de 2 lambeaux cutanés. La peau est adhérente, caverneuse, au niveau du collet, surtout en bas. Dissection et libération des méninges jusque dans l'intérieur du crâne. Un clamp saisit le pédicule qui est étreint par une série de sutures en V au catgut, placées sous le clamp ; on cherche à occlure la cavité méningée avant la section du pédicule, afin d'éviter le plus possible une déperdition du liquide céphalo-rachidien. Section du pédicule au-dessus du clamp. Ecoulement d'environ 150 cc. de liquide céphalo-rachidien. Deuxième série de sutures au catgut en surjet et à points entrecoupés pour oblitérer complètement la cavité méningée. Suture de la peau au crin de Florence ; drainage au crin.

Pendant les premiers jours qui suivirent l'opération, l'enfant fut très excité et eut de la diarrhée verte. Le 6e jour, la diarrhée s'arrêta ; il se mit à téter de bon appétit et fut dès lors très calme.

Suites opératoires simples; un peu de suintement par l'orifice du drain. Réunion par première intention. — La tumeur était formée d'un sac méningé contenant, à sa partie inférieure, un prolongement de substance cérébrale dégénérée, légèrement adhérent par son sommet.

La perte de substance crânienne siège exactement au niveau de la fontanelle postérieure ; elle a la forme d'un losange dont les diagonales égales sont de 5 centimètres. La peau qui recouvre la perte de subtance crânienne est souple mais légèrement soulevée par les battements encéphaliques. L'A. conseille à la mère de maintenir à ce niveau une plaque de carton ouatée fixée par un bonnet.

Deux mois après l'opération, l'enfant avait un bon aspect de santé : il paraissait plus éveillé, plus affectueux.

Actuellement (octobre 1903), l'enfant est en parfaite santé, bien développé, intelligent, sans aucun trouble du langage et de la motilité. La fontanelle postérieure n'est toujours pas ossifiée. Les téguments sont légèrement déprimés à ce niveau; ce n'est que dans les cris violents et pleurs de l'enfant que l'on remarque une légère voussure de la fontanelle. — Quand l'enfant est calme, les battements

encéphaliques ne sont visibles qu'à la partie supérieure.

R. Blondel.

Anesthésie discontinue en chirurgie gastrique et intestinale, par M. Goulliod (*XVI*e *Congrès fr.*, 1903). — On pourrait, avec avantage, selon cet auteur, mettre à profit la sensibilité obtuse de l'intestin et de l'estomac, en interrompant l'anesthésie générale pendant les manœuvres qui n'intéressent que ces organes. Ce mode d'anesthésie discontinue convient aux sujets cachectiques et dans les opérations de longue durée, telles que résection du cœcum, pylorectomies, entéro-anastomoses, etc.

Nous doutons fort que la tranquillité de l'opérateur, qui doit être absolue, pendant ce temps délicat des interventions, puisse s'accommoder de ce procédé peu pratique, les opérés présentant souvent au réveil une agitation que le trouble du sentiment rend impossible à réprimer.

A. Benoit.

Traitement radical de foyers infectieux circonscrits superficiels (*Wiener med. Presse*, n° 34, 1903). — Njemtschenkow traite ces foyers par des injections phéniquées à 5 0/0; on évite ainsi, même si un abcès s'est déjà formé, l'hyperthermie et l'épuisement de l'organisme, sans intoxiquer le malade. Le pus, sous l'influence des injections, devient fluide et peut être résorbé. Les injections calment considérablement les douleurs, et cet effet dure 3 à 4 jours.

Si l'affection est bénigne, et que l'infiltration ne dépasse pas une étendue de 10 centimètres carrés, on injectera une seule seringue de Pravaz de la solution : s'il s'agit d'une infection grave, on fera deux injections, l'une dans l'abcès, l'autre dans la partie infiltrée. Si l'abcès est trop volumineux, on commencera par le vider par ponction et aspiration. Dans l'infiltration, on injecte à 1 centimètre du bord de l'abcès.

E. Vogt.

Les compresses à l'alcool (*Therap. Monatshefte*, décembre 1903). — Kolbassenko, à la suite d'accidents septicémiques qu'il réussit à enrayer par des compresses à l'alcool, a adopté ce procédé de pansement depuis 5 ans et dispose d'une nombreuse série d'observations. Il procède de la façon suivante : un morceau de gaze molle plié en huit, est appliqué sur le point à traiter et imbibé d'alcool à 57-90° : on peut se servir d'alcool à 90-95°, mais, dans ce cas, on ajoutera 5 0/0 de vinaigre aromatique. Par dessus le pansement, un morceau de taffetas gommé ou autre protectif imperméable, dépassant de beaucoup les limites de la gaze. Dans les cas de plaies, on fera bien d'appliquer au préalable une pommade au xéroforme, une partie pour 20 de lanoline et vaseline ; on ajoutera au besoin un peu d'orthoforme. Dès que le pansement est sec, on imbibe à nouveau la gaze après enlèvement du taffetas. Le pansement à l'alcool est éminemment analgésique : les douleurs reparaissent aussitôt que l'alcool est évaporé. L'analgésie pénètre à une grande profondeur (en cas de périmétrite par ex.).

Le pansement à l'alcool, en présence d'un cas compliqué de suppuration, enraie cette dernière : ce phénomène se manifeste surtout en cas de furonculose et de pustule maligne, et semble se retrouver dans les cas d'angine phlegmoneuse (cravate à l'alcool, autour du cou).

En résumé, le pansement à l'alcool, bien appliqué, constitue un topique analgésique puissant, capable d'enrayer une suppuration à son début. Il est fort probable que les vapeurs d'alcool pénètrent à une grande profondeur.

L'auteur espère que des expériences de laboratoire mettront un jour au point la question de l'action de l'alcool sur les germes pathogènes, les toxines, etc.

E. Vogt.

Appareil pulmonaire
Cœur et Vaisseaux

Dr G. Lyon

Ex-chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Traitement de l'influenza avec considération sur le traitement préventif de la pneumonie, par H. Brandt. (*Therapeutic Gazette*, 15 novembre 1903). — Peu de maladies sont aussi meurtrières que la pneumonie, cependant il y a quelque raison de croire que le plus souvent elle est précédée de symptômes tels que coryza aigu, amygdalite aiguë, pharyngite, laryngite. L'influenza elle-même se présente sous plusieurs formes. Souvent il existe une amygdalite légère dont le malade ne se plaint pas, aussi faut-il toujours examiner les amygdales. Dans l'influenza localisée dans les voies respiratoires, le traitement est hygiénique, diététique et médical.

Au point de vue hygiénique, il faut autant que possible permettre au malade de respirer de l'air pur sans l'exposer au danger de refroi-

dissement, puisque le plus souvent il est atteint de pleurite ou même d'un léger degré de pneumonie. Le malade doit être assis à un angle de 40°, ce qui rend les respirations plus libres. La douleur pleurétique est combattue par un bandage ou une bande de diachylon passée autour de la poitrine. Les crachats doivent être recueillis dans un crachoir contenant un antiseptique.

Le régime est constitué principalement par des aliments liquides, tels que le lait, des potages aux pâtes, des œufs pochés. On permettra le libre usage de l'eau.

Comme traitement médical, donner au début du calomel, puis un purgatif salin. Les fosses nasales et la bouche seront lavées avec une solution antiseptique faible, soit sous forme de spray, soit sous forme d'injection.

L'auteur recommande les salicylates comme ayant une action presque aussi spécifique que dans le rhumatisme. Il est plus avantageux de donner de petites doses fréquentes, parce que de hautes doses déterminent fréquemment de l'irritation des reins. Le salicylate de soude est le plus efficace à la dose de 0,30 centigr. toutes les deux, trois ou quatre heures, suivant l'âge. S'il existe des symptômes fébriles intenses, on pourra donner en même temps de la phénacétine. Par contre, s'il existe de la pleurésie, on aura avantage à prescrire du citrate de potasse ou de l'acétate d'ammoniaque. La codéine a été donnée dans les cas de vives douleurs costales.

Comment agissent les salicylates dans l'influenza ? Il est difficile de le dire. L'influenza et le rhumatisme ont beaucoup de points communs, ce sont peut-être des infections analogues. Les salicylates possèdent des propriétés antiseptiques, puis l'acide salicylique est éliminé sous forme d'acide salicylurique. En second lieu, les salicylates ont des propriétés diaphorétiques et diurétiques assez énergiques, grâce auxquelles l'élimination des toxines se trouve favorisée. Il n'est pas rare de trouver des malades qui ne supportent pas les salicylates ; dans ce cas, on peut employer l'arpirine ou encore la salipyrine. La médication reconstituante est tout indiquée dans la convalescence.

L. Jumon.

Valeur thérapeutique de l'ichthyol dans la tuberculose pulmonaire, par James Burnet (*Merck's Archiv.*, déc. 1903). — On a apporté des observations favorables sur l'action de l'ichthyol dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, surtout en Amérique. Burnet cherche à expliquer cette action favorable qu'il a constatée depuis deux ans qu'il emploie l'ichthyol dans la phtisie. Il fait trois hypothèses : l'ichthyol peut agir comme antiseptique, il peut agir sur la nutrition, il peut agir localement.

Relativement à son action bactéricide, l'auteur a examiné l'expectoration des malades soumis depuis six mois au traitement par l'ichthyol. Or, les crachats contenaient encore des bacilles tuberculeux au bout de ce temps. Si l'ichthyol avait une action antiseptique dans la tuberculose, on aurait certainement constaté un résultat différent. Mais l'auteur croit que c'est se leurrer que d'espérer améliorer la tuberculose pulmonaire simplement par l'administration de médicaments dans le but de détruire des bacilles. C'est donc jeter un certain discrédit sur le médicament que de lui attribuer une action qu'il ne possède pas.

Relativement à ses effets sur l'état général, Burnet a noté que l'ichthyol possède tôt ou tard deux actions, d'abord il accroît l'appétit, puis il détermine une augmentation de poids. L'ichthyol exerce donc une influence sur la nutrition. Certains médecins, Hare entre autres, prétendent que l'ichthyol agit par le soufre qu'il contient. Cependant le soufre n'a qu'une action très restreinte sur l'organisme, bien qu'il modifie jusqu'à un certain point la nutrition. Mais l'ichthyol est plus qu'un sulfure, c'est un composé défini ayant une action spéciale sur la nutrition générale ; ce serait pour Burnet un agent d'épargne capable d'arrêter les destructions organiques ; il en résulte une augmentation de la résistance à l'égard du bacille tuberculeux, dont les effets sont moins puissamment destructeurs.

Enfin, l'auteur croit que l'ichthyol possède dans la tuberculose pulmonaire une réelle action locale. Etant donné qu'il est un agent antiseptique, qu'il agit favorablement sur la nutrition, les résultats thérapeuttques seraient maigres s'il ne possédait pas une action locale. Mais l'ichthyol possède nne action très marquée dans la phtisie, ce qui est dû à un effet direct sur la maladie locale. Dans l'érysipèle et dans le rhumatisme articulaire aigu, les applications locales d'ichthyol diminuent l'inflammation locale, il en est de même dans les affections pelviennes chez la femme, ce qui semble tenir à ce que l'ichthyol est par excellence un vaso-constricteur. Dans la tuberculose pulmonaire où il y a toujours un certain degré d'inflammation, l'ichthyol peut réduire la congestion et rendre les tissus à un état voisin de la normale au point de vue des inflammations. Lorsqu'on l'administre à doses suffisantes à l'intérieur, l'ichthyol possède une action antiphlogistique et modifie le processus inflammatoire qui existe autour des foyers tuberculeux.

En fait, l'auteur a constaté une grande amélioration dans les signes d'auscultation chez les sujets soumis au traitement. C'est tout ce que l'on peut espérer si l'on reconnaît à l'ichthyol une action vaso-constrictive. Cette substance aurait certainement une action plus intense et plus rapide si on l'employait en injections intra-trachéales. L'auteur a essayé seulement les frictions sur la poitrine avec l'ichthyol dissous dans le vasogène en même temps qu'il a prescrit l'ichthyol en capsules, il croit que les effets thérapeutiques sont plus rapides.

L. Jumon.

Remarques sur quelques résultats du traitement à l'air libre, par Claude Chidell (*The Practictionner*, décembre 1903). — Les effets du traitement à l'air libre sont typiques, seulement dans ces cas qui ne sont pas trop rapprochés de la fin. Ces effets se font sentir sur le volume des muscles qui tendent à devenir plus forts sous l'influence de l'exercice.

Les couleurs reviennent, ce qui est dû à l'augmentation de l'hémoglobine et à l'action du soleil. La toux diminue presque toujours, parce que le patient apprend très vite à connaître les avantages de la suppression de la toux inutile; en second lieu, le patient évite l'air vicié, le vent, l'exercice immodéré, enfin la toux diminue, parce que souvent l'expectoration diminue. Il est rare, d'ailleurs, de voir l'expectoration disparaître tout à fait, cette suppression complète semble être un des symptômes de cette complication fatale, la méningite tuberculeuse. Mais la diminution de l'expectoration est un signe d'amélioration, on ne l'observe souvent qu'après plusieurs mois de traitement. Dans quelques cas très rares, elle fait défaut là même où les signes physiques décèlent des lésions étendues.

Les sueurs nocturnes continuent au début du traitement pendant quelques jours, mais elles n'ont réellement persisté que dans un ou deux cas sur 300. Cette disparition des sueurs nocturnes observée dans les sanatoriums et, en général, avec le traitement à l'air libre est un des traits les plus remarquables de ce traitement, parce qu'il se montre presque subitement et qu'il est presque constant.

Le traitement à l'air libre a moins d'influence en apparence sur les signes physiques qui semblent moins modifiés, alors qu'un traitement de trois à six mois a produit une grande amélioration sur les symptômes locaux et généraux.

C'est, surtout, chez les jeunes malades que l'amélioration du côté des râles a été le plus marquée, dans les cas surtout où les râles étaient, en réalité, des frottements pleuraux. Si ces râles sont lents à disparaître parfois, il faut se rappeler qu'ils ne sont pas nécessairement un indice de l'activité de la maladie. Des cas chronique à tendance défavorable, présentent peu de modifications du côté des signes physiques et doivent être jugés d'après leurs symptômes.

L'auteur a fait usage de l'ancienne tuberculine dans ces cas chroniques à des doses plus ou moins considérables, les symptômes avaient la même évolution que dans ces autres cas non traités, il s'établissait sans doute une tolérance à l'égard de la tuberculine.

L. Jumon.

L'action de la digitale dans les affections des organes circulatoires (*Thérapeutique Moderne Russe*, nos 7 et 8, 1903). — Tschyplaieff a fait des recherches touchant l'action de la digitale sur la pression sanguine dans les artères, les capillaires et les veines chez les cardiaques et voici les résultats auxquels il est arrivé :

1° Chez les cardiaques présentant des troubles de compensation, la digitale augmente d'abord la pression sanguine ; cette augmentation, dans les cas favorables, après avoir atteint le maximum, tombe, que le traitement par la digitale soit ou non continué ;

2° L'abaissement de la pression artérielle est toujours précédé d'une augmentation de la différence primitive entre la pression capillaire et la pression veineuse, en même temps que d'une diurèse normale.

On n'observe pas de phénomène en sens inverse. L'augmentation de différence entre la pression capillaire et la pression veineuse va presque de pair avec l'augmentation de la quantité d'urines émises en vingt-quatre heures, tandis que la diminution de cette différence est accompagnée d'une diminution de diurèse ;

3° Dans les cas absolument défavorables, on n'observe ni augmentation de différence ni augmentation de la quantité d'urines émises en vingt-quatre heures, ni enfin abaissement de la pression artérielle.

Cette différence dans les cas favorables atteint progressivement son maximum, lequel coïncide plus souvent avec le maximum de la pression artérielle ; ensuite elle diminue, mais ne tombe jamais au-dessous du niveau initial ;

4° Dans les cas absolument favorables la pression artérielle tombe au-dessous du niveau initial ;

5° La pression artérielle chez les cardiaques atteints de troubles de compensation est augmentée, tandis que la différence entre la pression capillaire et la pression veineuse est diminuée ;

6° Les variations de la pression sanguine sont souvent irrégulières (par bonds); cela résulte très probablement du genre d'affection, des accès d'asthme, du degré de la dyspnée, etc., etc. ;

7° Pendant les accès d'asthme la pression sanguine augmente de 30 à 40 mm. ;

8° L'action de la digitale se manifeste dès le premier jour ;

9° L'action la plus favorable de la digitale s'observe dans les cas d'affection mitrale ; c'est dans ces cas qu'on observe la différence minima entre la pression sanguine et la pression veineuse ;

10° Quant à l'action de la digitale elle-même, on ne saurait l'attribuer exclusivement à l'augmentation de la pression sanguine dans les vaisseaux artériels.

J. Roubleff.

Maladies du système nerveux

Dr P. SAINTON

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine

L'hyoscine comme spécifique dans la paralysie agitante, par Rose (*British med. J.*, 19 décembre 1903). — La paralysie agitante est généralement considérée comme une maladie contre laquelle la thérapeutique offre peu de ressources. Rose prétend que les symptômes peuvent être beaucoup atténués et que l'existence peut être prolongée. Ayant eu à soigner, pendant trois ans, un cas de maladie de Parkinson, il croit que l'hyoscine peut être considérée comme un adjuvant très utile si elle ne procure pas la guérison. La malade qu'il a soignée était âgée de 69 ans et sa maladie datait de cinq ans.

Comme traitement, Rose prescrivit d'abord le repos physique et psychique, puis de l'arsenic, de la cannabis indica et des préparations phosphorées, mais sans grand succès : le tremblement augmentait, des douleurs névralgiques survenaient dans les bras et le thorax ; le cœur présentait des signes d'asthénie. C'est alors que l'auteur prescrivit une dose de 0 gr. 0004 de bromhydrate d'hyoscine à prendre en solution aqueuse, matin et soir. La première dose eut un effet très marqué. La malade dormit pendant dix heures et déclara ne s'être jamais aussi bien sentie depuis trois ans. Après la quatrième dose, le tremblement diminue d'intensité, et le quatrième jour il était à peine perceptible. En même temps, la malade se trouvait beaucoup mieux : elle ne ressentait plus les bouffées de chaleur, ni l'agitation si persistante. Les douleurs névralgiques cédèrent peu à peu, en même temps que la dyspnée et l'œdème.

Il y a quinze mois que l'auteur a commencé l'usage de l'hyoscine et l'a donnée à des doses variables, mais jamais il n'a donné plus de 0 gr. 0006 en une seule dose. La malade se trouve beaucoup mieux sous tous les rapports qu'avant son emploi.

L'hyoscine étant un médicament énergique, l'auteur recommande de la prescrire dissoute dans de l'eau par exemple : 0 gr. 0075 de bromhydrate d'hyoscine dans 180 grammes d'eau chloroformée. On donne d'abord deux cuillerées à thé le matin après déjeuner et le soir en se couchant, et l'on peut porter la dose jusqu'à six cuillerées à thé par jour, mais sans jamais dépasser 0 gr. 0006 par dose.

L. Jumon.

Contribution à l'étude de la valeur diagnostique et thérapeutique de la ponction lombaire de Quincke, (*Wiener med. Wochenschrift*, 5 décembre 1903). — Donatts dispose de quatre-vingt-sept observations ; il nota sur 98 ponctions, 13 ponctions blanches. Il ne fait jamais d'aspiration du liquide, et recommande de laisser le malade au lit pendant deux jours après l'intervention. Environ 40 0/0 des opérés se plaignent de céphalalgie apparaissant en général de suite : elle cède aisément à l'administration de dionine 0,02 gr., d'antipyrine, de phénacétine, etc. L'auteur n'a jamais observé de poussée thermique.

Une observation offre un grand intérêt : il s'agit d'une malade de 16 ans, présentant des troubles de la marche, de la névrite optique bilatérale marquée, un affaiblissement graduel des facultés cérébrales. A la suite d'une seule ponction lombaire, la vue revient à la normale, l'examen local démontre une régression presque complète de la névrite optique. Il s'agissait sans doute d'une tumeur intracrânienne.

Dans la *méningite cérébro-spinale*, les effets calmants de la ponction sont remarquables : dans un cas dû à une inflammation de l'apophyse mastoïde, la trépanation de cette dernière ne produisit qu'une amélioration passagère alors que l'évacuation de 15 ccm. de liquide, par ponction lombaire, amena la guérison.

Dans la *méningite aiguë*, l'auteur conseille une ponction quotidienne, à condition qu'on ne se trouve pas en présence de méningite tuberculeuse : la marche de celle-ci n'est guère modifiée par l'intervention, mais les symptômes sont en général nettement améliorés et l'auteur recommande l'intervention dans ces cas.

Les *douleurs fulgurantes des ataxiques* (les crises gastriques surtout) représentent une indication très nette pour la ponction lombaire; les phénomènes morbides disparaissent comme par enchantement : les malades réclament une nouvelle ponction quand les crises réapparaissent au bout de quelque temps.

Dans l'*épilepsie grave*, avec accès subintrants, l'auteur obtint un excellent résultat chez 12 malades sur 19 : on nota la disparition des accès pendant 11 à 22 jours : l'état général s'améliora notablement.

Chez les 7 autres malades, résultat nul ou insignifiant.

Dans un cas de *torticolis spasmodique*, datant de 6 mois environ, les secousses violentes, continuant même la nuit, cessèrent de suite après la ponction : la guérison date aujourd'hui de 3 1/2 mois.

E. Vogt.

Ophtalmologie.

Dr Darier

Ancien Président de la Société d'ophtalmologie

Valeur pronostique des ecchymoses sous-conjonctivales, par le Dr A. Trousseau (*La Clinique ophtal.*, janv. 1904). — Si l'on parcourt les classiques, on lit que l'ecchymose sous-conjonctivale peut faire prévoir des hémorragies de la rétine et du cerveau chez les cardiaques et les artério-scléreux (Panas entre autres).

Toutes ces craintes sont notablement exagérées, et même ne sont nullement fondées.

Tout effort, de quelque nature qu'il soit, peut la produire ; éternuement, toux, vomissement, accouchement. La fréquence des ecchymoses sous conjonctivales chez les enfants atteints de coqueluche, chez certains adultes atteints de coryza, présente un caractère rassurant de banalité. Les enfants n'ont pourtant pas de grandes dispositions aux hémorragies rétiniennes ou cérébrales.

L'épanchement sanguin succède presque toujours à un effort, à tous les âges. Il n'obligerait tout au plus, chez les gens d'un certain âge, à un sombre pronostic, que s'il était spontané.

L'ecchymose spontanée est rare ; une enquête minutieuse fait presque toujours déterminer l'effort, même léger, qui est le coupable. L'acte de se moucher suffit dans bien des cas pour l'expliquer.

Chez un hémophile ou un scorbutique, l'ecchymose est un symptôme de la maladie, mais elle n'en modifie pas le pronostic. Elle est en elle-même indifférente.

L'apparition de l'ecchymsse chez un sujet âgé, chez un cardiaque ou un artério-scléreux doit-elle faire craindre l'apparition d'hémorragies rétiniennes ou cérébrales ?

L'auteur a recueilli d'abondantes notes dans le but d'élucider ces deux points. Il ne lui a pas été donné une seule fois de pouvoir établir la relation entre l'hémorragie conjonctivale et la rétinienne, si bien que si aujourd'hui un fait de rapport apparent se présentait à lui, il serait tenté d'invoquer la simple coïncidence des faits, qui perdent encore de leur importance quand on les oppose aux 81 observations stériles.

L'auteur conclut que la valeur pronostique des ecchymoses sous-conjonctivales a été tout au moins exagérée. On peut donc, en toute conscience, rassurer les patients injustement alarmés.

A. Darier.

Traitement des infiltrations cornéennes par le vasogène iodé, par A. Doyane. — L'auteur a appliqué 29 fois ce traitement, dont 15 à des ulcérations superficielles. Presque toujours après une application, l'affection cessait de progresser et, après 2 ou 3, la réparation était très avancée. Il cite deux observations. l'une d'ulcères infectieux progressifs ayant résisté à tout traitement et menacé la cornée entière : le vasogène iodé (6 0/0) fut appliqué tous les 3 jours, puis tous les 5 ou 6 jours ; après un mois, il fut remplacé par l'oxyde jaune : le succès fut rapide et le résultat au-dessus des espérances. Le second cas, guéri d'une première atteinte par le galvano-cautère, n'échappa la seconde fois, à une infiltration menaçante que par le vasogène iodé 10 0/0. A signaler un succès dans un cas d'uvéite.

L'application est faite à l'aide de coton sur l'œil préalablement débarrassé des larmes qui entraîneraient le médicament : la cocaïne est rarement nécessaire. Une légère congestion ciliaire suit l'application même abondante : le mieux est de la pratiquer tous les deux jours ; l'indication la plus nette est dans les infiltrations dont le siège ne permet pas l'usage du galvano cautère.

A. Darier.

De la valeur de l'iridectomie en thérapeutique oculaire par le Dr Otto Hallauer (*Archiv f. Augenheilk.*).— De cet important travail, nous tâcherons de donner une idée aussi exacte que possible et surtout les points sur lesquels insiste Otto-Hallauer.

L'iridectomie optique, en général, relève peu l'acuité visuelle, les résultats les meilleurs sont obtenus chez l'enfant grâce à un pouvoir d'adaptation plus étendu. Pratiquée sur des yeux non enflammés, elle est sans danger; les accidents proviennent de l'iridocilite du patient ou de l'infection. Dans le leucome adhérent et l'occlusion pupillaire, souvent, une seconde iridectomie seule augmente l'acuité. Dans la cataracte zonulaire, l'extraction est le temps principal et l'iridectomie reste réservée aux opacites petites et circonscrites, avec une acuité très améliorée par la mydriase. En somme, on a beaucoup trop espéré de l'iridectomie optique: il faut en restreindre les indications, et ne la pratiquer que dans les cas de succès probable et de lésions de l'autre œil.

L'iridectomie antiphlogistique préconisée par de Graefe dans les kératites, aurait, d'après cet auteur, une action de décongestion en même temps que nerveuse et tonique; cependant, nous notons dans une kératite parenchymateuse un résultat nul; dans 3 cas de kératite panneuse, suppression des vaisseaux, mais résultat visuel médiocre; dans une fistule cornéenne, aucun résultat; dans le kératocèle, au contraire, 4 succès.— Aujourd'hui, on ne pratique plus guère l'iridectomie dans la kératite à hypopyon; l'effet, dans ces affections, paraît être celui d'une simple ponction. Dans les inflammations du tractus uvéal, Graefe (c'est à lui que l'on revient toujours quand il s'agit d'iridectomie) pensait que la cause des récidives était la persistance des synéchies: aussi, quand les synéchies étaient abondantes, il proposait l'iridectomie. Cependant, si nous observons l'iritis aiguë, nous voyons que l'iridectomie n'agit que par évacuation des exsudats de la chambre antérieure et la communication large des deux chambres; dans l'iritis chronique l'effet est très variable; dans l'iridocyclite, l'acuité visuelle peut être conservée si on opère avant que l'œil soit « en tomate » ou avant que l'atrophie du globe soit manifeste; dans l'iridochoroïdite, l'opération laisse évoluer l'affection dans 64 0/0 des cas; dans l'iridocyclite sympathique l'indication en est bien rare, et quand il n'y a ni tension ni récidive, il faut laisser s'éloigner les phénomènes aigus avant d'intervenir.

L'étude statistique des résultats nous montre dans le glaucome inflammatoire aigu 43 0/0 de succès; dans le glaucome inflammatoire chronique, une première et même une seconde iridectomie donnent : aggravation, 29 0/0; état stationnaire, 50 0/0; amélioration, 21 0/0. — En tous cas si l'opération a échoué sur un œil il paraît prudent de ne pas la tenter sur l'autre; ceci surtout dans le glaucome simple où l'iridectomie donne : aggravation, 31 0/0; état stationnaire, 41 0/0; et amélioration 26 0/0. Dans la buphthalmie l'effet peut être faible, l'auteur cite deux cas heureux de cet intervention, théoriquement très indiquée.

Quand le glaucome est secondaire à un staphylome de la cornée, l'iridectomie est efficace dans 82 0/0 des cas.

Sous le nom d'iridectomie prophylactique (?) nous trouvons l'iridectomie préparatoire et les procédés mécaniques de maturation de la cataracte.

A. Darier.

Remarque sur l'opération de la myopie. par Pfluger (*Klinisch. Monastsbl. f. Augenheilk*, février 1903) — La meilleure opération est celle qui diminue le plus les risques d'une cataracte secondaire. Les opérations les mieux conduites sur les cataractes autres que les cataractes artificielles donnent une cataracte secondaire dans les deux tiers des cas. La formation d'une deuxième cataracte secondaire est rare et ne se présente en général qu'après une poussée d'uvéite chez les jeunes myopes bien malades, ou après une faute de technique après la première discision. Dans l'opération de la cataracte secondaire, il ne faut blesser le corps vitré que dans ses parties les plus superficielles, et n'opérer que pendant que la chambre antérieure est ouverte. La pince-ciseaux de de Wecker est l'instrument qui, sans aucun doute, donne le résultat le plus correct.

Le cataracte secondaire ne doit être enlevée qu'après que tous les phénomènes irritatifs ont disparu: si l'on intervient trop tôt, on s'expose à une deuxième cataracte secondaire; si l'on attend trop tard, la cataracte s'épaissit.

Il pense comme Axenfeld que l'expérience des résultats obtenus par cette opération n'est pas encore assez longue, aussi n'opère-t-il que d'un seul côté.

La maturation artificielle doit être préférée à l'extraction du cristallin transparent, car cette dernière est souvent suivie de cataracte secondaire.

Voici la technique suivie par Pflüger :

Discision superficielle avec le couteau de Knapp — en passant sous la conjonctive du limbe scléro-cornéen — la pupille étant dilatée. Déchirure très large de la cristalloïde antérieure pendant que la chambre antérieure est encore formée, afin d'éviter l'inflammation de l'iris. A la suite du gonflement continu et sans irritation du cristallin, l'extraction est chose très facile.

A. Darier.

Peroxyde d'hydrogène dans les affections oculaires (*Thérapeutique Moderne*, n° 6, 1903). — En se servant de la préparation bien connue (catarol), Levtschenko a obtenu les résultats que voici :

Dans les cas d'inflammation du bord palpébral libre (forme ulcéreuse et licbéniforme), il a obtenu une amélioration dans 31 cas sur 50 en frottant fortement avec un tampon d'ouate, imbibé d'une solution de catarol à 1-3 0/0.

Dans la conjonctivite chronique, la solution même très étendue déterminait une irritation ; on n'a pas observé d'amélioration. Dans la conjonctivite aiguë les malades ne pouvaient pas supporter de solutions concentrées, des solutions faibles (à 0.30 0/0) ne provoquaient qu'une amélioration très légère. La sécrétion purulente du suc lacrymal se transformait rapidement en sécrétion muqueuse ; on n'a cependant pas constaté une amélioration bien nette du processus.

Les phlyctènes cédaient au traitement par des solutions concentrées. Dans l'affection granuleuse, de même que dans le trachome, on n'a pu constater d'amélioration.

Enfin, dans les infiltrations et les ulcères de la cornée accompagnées d'une forte irritation, le peroxyde d'hydrogène ne donna pas d'amélioration ; il exerça même une action fâcheuse dans les cas d'ulcères profonds.

J. Roubleff.

Maladies vénériennes
Maladies de la Peau

Dr MOREL-LAVALLÉE

Médecin des Hôpitaux.

Un cas de cancroïde du nez, traité par les rayons de Rœntgen (*Soc. de méd. interne de Berlin*, 30 nov. 1903). — Levy-Dorn présente un malade chez lequel un cancroïde volumineux, datant de 4 ans, a été rapidement guéri par les rayons X : cette guérison date de quatre mois.

L'orateur est d'avis qu'il y a lieu, aujourd'hui, de modifier la tactique thérapeutique jusqu'ici considérée comme la seule efficace, à savoir l'intervention chirurgicale immédiate : ces affectations présentant une évolution lente, il sera toujours temps, si l'on n'arrive pas a obtenir une guérison par les rayons de Rœntgen, de procéder ultérieurement à l'ablation.

E. Vogt.

Cicatrisation d'un cancroïde de l'aile du nez datant de cinq ans, après une seule séance d'introduction électrolytique de l'ion zinc, par Leduc (*Arch. d'élec. médicale*, 15 décembre 1903). — Observation d'un malade traité inutilement, pour un cancroïde ulcéré, par des pansements divers, grattages, cautérisations, etc., depuis cinq ans, auquel l'auteur appliqua une seule fois sur toute la surface de l'ulcère un tampon de coton hydrophile imprégné d'une solution de chlorure de zinc à 1 0/0. Le tampon pénétrait dans l'intérieur des fosses nasales et fut fixé au moyen d'une pince dont une branche pénétrait dans la fosse nasale et dont l'autre branche serrait le tampon sur la face externe. Cette pince fut mise en rapport avec le pôle positif d'une pile dont le pôle négatif fut uni à une grande électrode indifférente appliquée en un point quelconque du corps. Pendant 12 minutes on fit passer un couant de 8 m A., qui ne causa aucune douleur. Les croûtes se détachèrent immédiatement, mettant à nu une plaie légèrement saignante. Dix jours après, la cicatrisation était complète et de très bonne nature.

L'effet produit par ce traitement fut extrêmement remarquable, car, trois mois plus tard, la cicatrice reste parfaite ; il existe seulement une petite récidive de 2 millimètres environ de diamètre à l'extrémité antérieure du bord de l'aile du nez, récidive à laquelle fut appliqué un traitement identique.

E. Vogt.

Nouveau procédé de traitement du lupus (*Deutsche med. Wochenschr.*), 7 janvier 1904). — Strebel, par une méthode nouvelle, affirme pouvoir obtenir, en peu de séances, des résultats tellement marqués, que la guérison s'obtient en quelques semaines. L'auteur produit dans la tumeur une destruction moléculaire au moyen d'étincelles de haute fréquence. Les courants secondaires, grâce à un solénoïde, arrivent à un résonateur auquel est relié une électrode. Celle-ci doit être à peine distante de 2 mm. du point traité : de cette façon les étincelles passent sans interruption, avec peu de bruit, dans la tumeur : au bout de 5 secondes environ, le point traité pâlit, il se fait une voussure, souvent même un éclatement du tégument. Chaque séance dure 10 à 25 secondes et provoque une cuisson intense. L'épiderme se nécrose, et il se produit une ulcération qui paraît enflammée et est nettement délimitée par une zone réactive inflammatoire. La sécrétion est modérée : le processus dure environ 3 semaines et se termine par la formation d'une belle cicatrice qui, d'abord rouge, devient plus tard pâle et se confond avec la peau saine du pourtour.

Le procédé présente ceci de particulier, c'est que l'on *recherche l'ulcération intentionnellement* : la longueur de l'étincelle doit être, dans ce but, réduite à un minimum, car les étincelles longues produisent des phlyctènes, disparaissant rapidement, sans nécrose profonde du derme.

Le lupus vulgaire, le lupus érythémateux, l'acné rosée, les naevus plans donnent des résultats remarquables : les pansements consistent en lavages quotidiens à l'eau chaude suivis d'applications de vaseline.

Les appareils employés par l'auteur sont d'un modèle spécial : les inducteurs couramment employés dans le traitement par les hautes fréquences sont beaucoup trop faibles pour permettre l'obtention de résultats de ce genre.

E. Vogt.

Le lupus vulgaire pharyngien, par Hoger Mygind, (*Meddelelser fra Finsens'medicinske Lysinstitut*. Bd. V. — L'auteur a examiné depuis juin 1898 jusqu'en février 1899, 200 malades atteints de lupus. Chez 18 0 0 il a trouvé des altérations lupeuses dans le pharynx. Le nombre des malades de moins de 25 ans est double et celui des malades plus âgés. L'auteur considère le lupus de la muqueuse pharygienne comme une complication sérieuse, de nature à mettre la vie en danger ; 5 des 36 malades moururent dans les trois ans qui suivirent l'examen mécical. Tous les malades atteints de lupus pharyngé souffraient aussi de lupus de la face ; plus de la moitié étaient atteints a la gencive, tous présentaient aussi des troubles lupeux (tubercules) dans les cavités nasales. L'auteur suppose que le lupus intranasal joue un rôle étiologique important ; il semble probable que la contagion se fait par la déglutition de sécrétions infectées, et non par continuité de tissus.

R. Wybauw.

Arthropathies syphilitiques et leur traitement, par Percy Paton (*Brit. med. J.*, 28 nov. 1903). — Les variétés d'arthropathies au cours de la syphilis sont très nombreuses.

Pendant la période secondaire l'auteur admet l'arthralgie, la synovite aiguë ou subaiguë et l'hydrarthrose. Dans la période tertiaire, on observe les types suivants : la synovite subaiguë ou chronique ; les gommes de la synoviale et des tissus sous-jacents ; les lésions des os ou des cartilages ; les lésions péri-articulaires pouvant pénétrer dans l'articulation, enfin l'ankylose qui est plutôt une terminaison qu'une variété. La syphilis héréditaire ne laisse pas non plus les jointures indemnes. L'épiphysite, l'ostéite, les lésions gommeuses de la synoviale et l'arthrite déformante sont les principales lésions affectant les jointures dans la syphilis héréditaire.

En ce qui concerne le traitement, celui-ci doit d'abord s'adressser au stade particulier de la maladie générale qui se localise sur les jointures. Habituellement, il vaut mieux donner de l'iodure de potassium en combinaison avec le mercure dans les derniers stades de la période secondaire. Il est bon également, dans un cas tertiaire qui ne s'améliore pas rapidement sous l'influence de l'iodure seul, de prescrire les préparations mercurielles, c'est ce que l'on ferait d'ailleurs dans toute lésion syphilitique se présentant dans des conditions semblables.

Le repos absolu n'est jamais absolument nécessaire, car si on l'observe pendant un temps trop long, on risque de voir survenir l'ankylose ou la raideur articulaire. Il est cependant nécessaire pour un certain temps, dans les cas accompagnés de douleur, jusqu'à ce que les phénomènes inflammatoires actifs aient disparu.

Les révulsifs sont souvent très utiles, surtout si l'épanchement est abondant. On peut les appliquer sous forme de badigeonnages de teinture d'iode, de pansement de Scott, de vésicatoires, ou, si la douleur semble siéger profondément dans les os, sous forme de pointes de feu. Dans les cas les plus graves, on sera peut être obligé de recourir à la trépanation.

Lorsque les phénomènes aigus de l'arthropathie ont disparu, la raideur et la réduction des mouvements peuvent être combattues par le massage et les mouvements passifs de plus en plus étendus avec des douches chaudes et peut-être aussi par les bains d'air chaud. Les déformations seront traitées par les moyens habituels.

L. Jumon.

Gynécologie et Obstétrique.

Dr R. BLONDEL.
Chef de laboratoire
à la Maternité de la Charité.

Traitement de la leucorrhée (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1er janvier 1904). — Fraenkel rappelle qu'Albert est parvenu à tuer la levure de bière, sans pour cela la priver de ses propriétés ; il a obtenu ainsi une poudre sèche, appelée zymine, qui est capable de dédoubler le sucre en acide carbonique et alcool, d'abaisser

a virulence des bactéries, tout en n'irritant pas les tissus.

On peut facilement obtenir des bâtonnets à base de zymine, que l'on introduit dans le vaginen cas de leucorrhée. Les bâtonnets utilisés par l'auteur avaient une longueur de 9 cm., une épaisseur de 6 mm. et contenaient 1 gr. 6 de zymine.

On opère de la façon suivante : tous les deux soirs, ou introduit un bâtonnet qui sera gardé pendant la nuit : la malade restera couchée sur le dos. La diminution de la sécrétion leur corrhéïque est très rapidement obtenue, même dans les cas invétérés.

L'auteur n'a pas eu l'occasion d'étudier l'action des suppositoires utérins.

E. Vogt.

Rapports de l'appendicite et de la pseudo-appendicite avec la menstruation (*Société méd. des hôp.*, 4 déc. 1903). — On doit à M. Dalché d'avoir attiré l'attention sur la poussée de règles dans ses rapports avec les signes d'appendicite. Tantôt ce sont de simples règles douloureuses qui s'accompagnent d'un spasme du cœcum, simulant à s'y méprendre l'appendicite; tantôt c'est une entéro-colite muco-membraneuse qui se réveille à cette occasion et cause de vives douleurs, mais sans symptômes généraux graves. Enfin la dysménorrhée s'accompagne souvent de névralgie iléo-lombaire, dont les points douloureux sont assez voisins de celui de Mc. Burney. On devra rechercher les autres points spéciaux de cette névralgie, tel le point inguinal, les points iliaques.

Certains disent que l'apparition d'une salpingite, chez une vierge, doit être presque toujours d'origine appendiculaire et que l'intervention hâtive est justifiée. M. Marfan rappelle que l'entéro-colite muco-membraneuse est souvent liée à l'appendicite et que l'ablation de l'appendice dans ce cas ne réagit pas favorablement sur l'affection intestinale. Dans ces cas douteux, inutile de dire que la réaction de défense musculaire et l'étude du pouls serviront à guider le diagnostic. Il s'agit d'ailleurs souvent de crises douloureuses qui se jugent en 48 heures.

A. Benoit.

Traitement des infections utéro-annexielles par les injections vaginales à 60°, par le Dr Suarez de Mendoza (*Revista de Medicina i Cirurjia Practicas*, Madrid, 21 novembre 1903). — L'emploi de l'eau chaude comme traitement de ces maladies est ancien, mais la technique défectueuse et la température peu élevée du liquide l'ont fait considérer comme peu efficace.

Pour obtenir un résultat curatif, il faut que la température de l'eau ne soit pas inférieure à 60°, que son action dure au moins dix minutes et que son application se fasse au moins toutes les vingt-quatre heures, ou plus souvent si c'est nécessaire.

L'action prolongée de l'eau chaude à 60° n'altère pas la muqueuse vaginale, et la preuve en est dans le fait, souvent observé par l'auteur, que les malades ne peuvent supporter la sensation de la brûlure quand l'eau qui sort du vagin atteint la vulve et le périnée: cette impression ne se manifeste que dans les régions cutanées.

L'auteur a fait construire une canule formée d'un cylindre creux isolé, à l'intérieur duquel existe une couche d'amiante : ce tube isolateur, de 30 millimètres de circonférence, est parcouru par un autre tube de 4 millimètres de diamètre par où passe l'eau chaude; l'eau qui sort arrive dans un récipient sans toucher la peau, grâce à un dispositif spécial.

Les injections à 60° agissent rapidement et ont une grande efficacité dans toutes les inflammations aiguës et subaiguës de l'utérus et des annexes.

Dans les métrites aiguës, le soulagement est si rapide qu'en général, au bout de quarante-huit heures, les douleurs ont disparu. Les malades peuvent marcher sans grandes souffrances, les métrorrhagies cessent en peu de temps. Quand la métrite est intense, l'auteur recommande deux injections par jour.

Dans les infections gonococciques, qui représentent la plus grande partie des affections utéro-annexielles, l'effet est surprenant.

Dans les infections puerpérales de moyenne intensité et s'il n'existe pas de restes placentaires, ces injections produisent un grand soulagement.

Les annexites aiguës, les phlegmons du ligament large, les périmétrites par déviation utérine, etc., bénéficient aussi très largement de ce traitement.

F. Berini.

La lumière électrique blanche dans les affections de la sphère génitale de la femme, (*Thérapeutique Moderné*, n° 5, 1903). — Orloff a employé dans 50 cas d'affections utérines et annexielles la lumière életrique (lampes à incandescence blanches, et voici les conclusions auxquelles il est arrivé au sujet de cette méthode.

1° La lumière électrique est indiquée dans toute une série d'affections utérines et annexielles (métrite, paramétrite, périmétrite, salpingite, oophorite, etc.), aussi bien dans la forme chronique que dans la forme aiguë;

2° La principale action de la lumière consiste dans la diminution et même dans la disparition complète des douleurs;

3° Des exsudats séreux, ainsi que des collections purulentes, diminuent et parfois même disparaissent totalement et cela dans un laps de temps relativement court;

4° Les douleurs survenant pendant les règles diminuent considérablement;

5° Les sécrétions blanches, provenant soit de la cavité utérine, soit du col, surtout lorsqu'elles sont d'origne blennorrhagique, diminuent de quantité;

6° Comme contre-indications au traitement, il faut noter : période menstruelle, métrorrhagies et grossesse; quant au nombre des séances, cela dépend du caractère et du degré de développement de la maladie.

Dans les cas observés par l'auteur, le nombre des séances nécessaires a varié de 8 à 40 (tous les jours ou tous les deux jours), d'une durée de 10 à 20 minutes; comme source de lumière, l'auteur s'est servi de lampes à 5-16 bougies (l'intensité de la lumière étant augmentée progressivement).

J. Roublefff.

Courte considération sur le traitement de l'éclampsie puerpérale, par Joseph W. Juvin (*The Therapeutic Gazette*, 15 nov. 1903). — Après avoir passé en revue toutes les théories de l'éclampsie puerpérale, y compris celles de l'anémie cérébrale de Traube et de l'infection sanguine de Blanc, l'auteur arrive à cette conclusion que sa méthode de traitement, depuis vingt-huit ans qu'il l'applique, n'a pas changé et, après avoir eu à traiter un très grand nombre de cas d'éclampsie puerpérale, il n'a eu aucun décès. Sa méthode consiste dans l'injection de morphine qui suffit à supprimer immédiatement les convulsions. Si l'on veut avoir recours à un traitement éliminateur, il recommande l'usage de deux centigrammes d'élaterium, qui suffisent à donner des selles au bout de douze minutes et en grande abondance. C'est une erreur, d'après lui, d'administrer un lavement de chloral, car on ne sait pas si la substance sera absorbée par le rectum et comme le malade est dans un état semi-comateux, on ne saura si la quantité de chloral absorbée est trop grande et on ne pourra combattre cette nouvelle intoxication. L'auteur recommande comme traitement, d'abord les inhalations de chloroforme, puis la morphine, enfin, après avoir vidé l'utérus gravide, de traiter le cas suivant les indications qui se présentent.

L. Jumon.

Pédiâtrie

Dr E. THIERCELIN

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine.

L'alimentation des nourrissons (*Académie de médecine*, 5 janvier 1984). — M. Budin communique à l'Académie, en collaboration avec le Dr René Planchon, le résultat d'une partie de leurs recherches sur l'alimentation des enfants. C'est dans les consultations de nourrissons créées par lui en 1892, qu'il a pu suivre des nourrissons jusqua l'âge de deux ans. Il s'agit d'enfants de femmes pauvres nés tous à l'hôpital. C'est l'allaitement maternel qui est par dessus tout encouragé; lorsque les seins ne fournissent plus assez, on distribue une quantité déterminée, de lait de vache stérilisé au bain-marie, dans de petites bouteilles contenant chacune la valeur d'un repas. C'est l'allaitement mixte. A la consultation, les enfants sont suivis jusqu'à la fin de la seconde année, c'est-à-dire pendant les périodes si difficiles pour eux de la dentition et du sevrage. La consultation ayant lieu le vendredi est devenue si considérable que, depuis le mois de mars dernier, c'est à-dire depuis neuf mois, il a fallu en organiser une seconde le mercredi. L'allaitement au sein étant surtout encouragé, presque toutes les femmes nourrissent : 95 0/0 environ des enfants ont pris dans le sein de leur mère tout ce qu'il était capable de produire; l'allaitement artificiel n'a guère été fait que dans la proportion de 5 0/0.

Depuis que M. Budin est à la clinique Tarnier (mars 1898), 712 enfants ont suivi la consultation du vendredi pendant 1 mois au moins et 2 ans au plus.

MM. Budin et Planchon n'étudient pas cette fois l'allaitement au sein; ils rappellent seulement que, même dans ces cas, des accidents sérieux de suralimenlation peuvent survenir si la mère n'est pas bien dirigée.

On a recours à l'allaitement mixte, lorsque les seins sont manifestement insuffisants; c'est la balance qui sert de guide principal. On doit absolument éviter la suralimentation : il vaut mieux que pendant quelque temps l'alimentation soit légèrement insuffisante. En effet, si l'enfant ne prend pas assez, il peut ne pas s'accroître, il peut même diminuer de poids, mais il n'aura pas de troubles digestifs. Dès qu'on lui donnera davantage, qu'on lui fera prendre la quantité de lait nécessaire, il augmente très rapidement. Des exemples montrent qu'à l'aide de cette méthode par tâtonnement, on évite la suralimentation et les accidents qui en sont la conséquence.

MM. Budin et Planchon laissent de côté l'allaitement artificiel dans les premiers mois; ils déclarent n'en avoir pas une expérience suffisante. Mais, suivant eux, cet allaitement artificiel pratiqué dès le début est difficile et dangereux.

Certes, on peut montrer des nourrisons plus ou moins âgés qui sont splendides et qui ont été élevés au lait de vache; cela ne veut pas dire qu'ils ont toujours été beaux et qu'ils n'ont pas couru beaucoup de risques.

Après plusieurs mois, quand les enfants pèsent de 5 à 6 kilos, et qu'on est amené à les allaiter artificiellement, on doit leur donner environ le 1/10 du poids du corps, c'est-à-dire 100 grammes par kilo, d'un lait pur contenant à peu près 38 grammes de beurre par litre.

Ce chiffre moyen peut servir de guide au médecin, qui tiendra compte aussi de la nature particulière de l'enfant, de son état de santé ou de maladie, de la composition du lait, etc.

Dans la seconde année, on pourra ajouter au lait un peu de farine, de façon à faire des soupes légères; et c'est encore la même quantité, 100 grammes par kilogramme, et, dans certains cas, moins encore, qui sera suffisante pour l'enfant.

C'est sur 129 observations prises avec soin que MM. Budin et Planchon se fondent pour formuler ces conclusions. Jusqu'à 24 mois, ils ne donnent que du lait et des soupes faites avec du lait. Ils ne donnent pas de bouillon. Ce liquide est très peu nourrissant et offre des inconvénients : il détermine parfois des garde-robes fétides et dégoûte certains enfants du lait, qu'ils ne veulent plus boire. Les œufs ne sont même pas conseillés. quelques enfants ne les supportent pas; les œufs, à Paris, coûtent cher aux femmes du peuple qui sont pauvres; enfin, l'hiver ils sont anciens et de mauvaise qualité. En procédant ainsi, on obtient de bons résultats : les troubles digestifs, la gastro-entérite et tous les accidents dus à la suralimentation ont presque complètement disparu. Aucun cas de scorbut infantile n'a été observé.

MM. Budin et Planchon publient la statistique de la mortalité pour la consultation du vendredi : sur 712 enfants, la mortalité portant sur une année entière, c'est-à-dire sur 365 jours, a été de 46 0/00, tandis qu'elle est de 178 0/00 dans la ville de Paris.

Aucun enfant n'a succombé, à la consultation, à des infections du tube digestif, tandis que, dans la ville, ils ont succombé dans la proportion de 65 0/00.

R. Blondel.

Traitement à l'air libre de la broncho-pneumonie compliquant la coqueluche, par C. B. Ker (*Edimb. med. Soc.*, 2 décembre 1903) — La coqueluche entraîne une mortalité assez grande parmi les enfants de la classe pauvre. A l'hôpital la mortalité est très élevée par suite de complications dont la plus meurtrière est la broncho-pneumonie. Ker a essayé tous les médicaments recommandés dans la coqueluche, pour réduire la gravité et le nombre des quintes chez les coquelucheux atteints de broncho-pneumonie. Mais en dehors de la belladone employée très largement, aucun médicament ne donne satisfaction. Il n'a pas obtenu de bons résultats avec les inhalations de créosote et d'eucalyptus. Quant à la broncho-pneumonie, il a tout essayé, depuis les cataplasmes jusqu'aux applications de compresses glacées sur la poitrine. Les inhalations n'ont pas grande valeur. Le traitement usuel consistait à donner un expectorant et à envelopper la poitrine dans du coton. Le fait que beaucoup de cas prolongés ont fini par succomber à la tuberculose, a suggéré à l'auteur l'idée d'employer le traitement à l'air libre. Ce traitement est appliqué avec des modifications diverses depuis deux ans et demi. Les enfants sont placés dans des sortes d'abris non couverts à l'air libre pendant six heures par jour quand il ne pleut pas. Ils sont bien couverts et bien enveloppés. Bien que le séjour dehors ait été prolongé jusqu'au 15 novembre dernier, on n'a pas constaté de fâcheux résultats attribuables au traitement. Les seules contre-indications sont la laryngite et l'apparition de convulsions. Pendant l'hiver, les cas les plus graves sont transportés dans un local complètement ouvert des deux côtés et les résultats ont été bons. L'appétit et le sommeil des malades s'améliorent, le pouls et la température baissent mais lentement, de même que les respirations. Les complications tuberculeuses deviennent plus rares et très peu de malades admis sans complications contractent la broncho-pneumonie. Le nombre et la gravité des quintes demeurent absolument les mêmes. Bien que les convulsions paraissent aussi faciles qu'auparavant, l'état nerveux des malades est cependant bien meilleur. Avec les anciennes conditions de traitement le taux de la mortalité de la broncho-pneumonie était de 71 0/0.

Les premières séries d'observations ont donné avec le nouveau traitement une mortalité de 52 0/0, mais en totalisant tous les cas on arrive à une mortalité de seulement 26 0/0. Pendant l'hiver les cas de broncho-pneumonie traités à l'air libre ou plutôt dans un local ouvert ont donné seulement 27 0/0 de mortalité.

L. Jumon.

Pharmacologie

Dr E. VOGT.

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

Variabilité des préparations de valériane (*Deutsche med. Wochenschrift*, 7 janvier 1904). — KOCHMANN rappelle que l'essence de valériane, seul principe actif de la racine de valériane, ne prend naissance que peu à peu dans la racine sèche, sous l'influence d'une oxydase. Cette essence est légèrement acide à l'état frais; plus tard elle devient brun foncé et fortement acide.

Les recherches de l'auteur, exécutées sur divers échantillons de teinture de valériane et de produits analogues, ont démontré que rien n'est plus variable que le degré d'acidité de l'essence de valériane qu'ils contiennent, et qu'il n'y a donc pas lieu de s'étonner de la variabilité des effets obtenus avec tous les produits de cette catégorie.

E. VOGT.

Emploi médical de l'aconit napel, par W. H. BLAKE (*Merck's Archives*, novembre 1903). — L'auteur rappelle que l'aconit a été employé comme analgésique en applications externes *loco dolenti* dans la sciatique, le lumbago, la névralgie sus-orbitaire, le cancer non ulcéré du sein, mais les résultats sont médiocres si on les compare à ceux que donnent d'autres médicaments plus efficaces. Cependant, l'extrait fluide en application locale sur une dent cariée supprime souvent la douleur.

A l'intérieur, on ne doit pas se servir de l'aconit pour utiliser les propriétés anesthésiques sur les nerfs sensibles, car il faudrait en arriver aux doses toxiques. Cependant, l'aconit à l'intérieur est utile pour combattre la douleur qui tient à une congestion locale. Son emploi est encore utile au début de la fièvre typhoïde et dans le traitement de l'érysipèle.

L'aconit a des propriétés fébrifuges ou diaphorétiques, parfois même diurétiques; on doit alors, pour en attendre les meilleurs résultats, le donner à très petites doses, souvent répétées. Souvent, une seule goutte administrée à un adulte peut être suffisante, on peut alors renouveler la dose toutes les heures ou toutes les deux heures.

L'aconit, par ses propriétés vaso-dilatatrices abaisse la tension vasculaire et diminue la congestion dans les organes enflammés. Théoriquement, l'aconit est un remède très approprié et efficace dans l'amygdalite, l'angine commune, la pleurésie, la péricardite, les congestions locales rhumatismales, la céphalée congestive, la diarrhée sporadique, l'aménorrhée et la dysménorrhée congestives et dans la suppression menstruelle subite à la suite du froid.

Pour la même raison, l'aconit est un bon remède pour combattre l'influence des toxines et des principes qui tendent à produire la vasoconstriction, c'est par cette action vaso-dilatatrice qu'il peut arrêter le frisson et la fièvre; le nombre des pulsations diminue, mais pour obtenir le résultat, il faut souvent des doses répétées. Il ne faut, cependant, pas oublier que cette manière de faire peut déterminer des nausées et des vomissements.

Dans les cas de palpitations nerveuses causées par des émotions, l'aconit relâche les vaisseaux et soulage ainsi le cœur de la surcharge sanguine. L'aconit est également employé pour prévenir les frissons réflexes et qui succèdent souvent à l'emploi du cathéter, qui sont essentiellement émotionnels, mais dans ces cas est le gelsemium peut-être un meilleur médicament.

L'aconit est toujours indiqué dans les cas où le pouls est petit, rapide, dur, bien que dans certains cas il soit plus avantageux d'avoir recours à d'autres médicaments. Il est indiqué chez les adultes qui ont la figure animée, des sensations de froid ou de frisson avec pouls rapide, chez les enfants qui ont la peau sèche, le pouls concentré, rapide, dur, chez ceux qui ont de l'excitation nerveuse et une toux rauque.

L'aconit est contre-indiqué dans les cas de dépression générale ou de faiblesse constitutionnelle, dans les cas d'affaiblissement ou d'asthénie musculaire, généralement dans les fièvres adynamiques, dans le début de la scarlatine, sinon dans tout le cours de la maladie, dans les affections septiques en général, partout où existe un obstacle à la circulation, dans les cas d'irrégularité de la circulation, surtout quand il y a des hémorragies. On s'en abstiendra dans les cas où le pouls est rapide, petit, mou et irrégulier.

L. JUMON.

Le Berberis vulgaris, par WILLIAM FYFE (*The Amer. med.* 7 décembre 1903). — Les Américains emploient l'extrait fluide de berberis ou épine-vinette à dose de 5 à 60 gouttes, la dose ordinaire est de 5 à 30 gouttes. Elle est indiquée dans les affections catarrhales de la muqueuse gastro-intestinale, dans la dyspepsie atonique, l'état torpide du foie, le choléra infantile, l'ictère, la diarrhée et la dysenterie chronique.

Cet agent constitue un tonique très efficace dans tous les états d'anémie et d'épuisement, surtout quand la langue est rouge ou

brunâtre. Il détermine des selles naturelles, favorise la sécrétion du suc gastrique et le travail digestif. On l'a employé également avec succès dans les affections paludéennes.

Le berberis vulgaris est tonique, laxatif, antipériodique et cholagogue.

L. Jumon.

Le chlorure de sodium comme médicament, Darney-Palmer (*Merck's Archive*, Décembre 1903). — Si le sel fait partie constituante de nos éléments et si sa privation entraîne les plus graves désordres, il serait erroné de croire qu'on puisse prendre sans danger de grandes quantités de sel. Un jeune femme du nord de l'Angleterre ayant pris environ 200 grammes de sel pour se débarrasser des vers, présenta des accidents très graves, d'ordre surtout paralytique et succomba en quelques heures, malgré les lavages de l'estomac. L'autopsie montra surtout des lésions irritatives des voies digestives. On cite d'autres exemples analogues.

Le sel marin compte parmi les nombreux agents employés contre la fièvre intermittente. Non seulement il combat la fièvre, mais il exerce une action très notable sur le volume de la rate. Piorry le prescrivait comme succédané du sulfate de quinine et le donnait à la dose de 15 grammes à jeun dans de la soupe, dans l'intervalle des accès. En général l'estomac supportait cette dose, mais dans quelques cas elle déterminait des effets éméto-cathartiques. Trois doses suffisaient habituellement pour effectuer la cure, les deux premières étaient prises à un jour d'intervalle, la troisième le surlendemain de la seconde dose. Piorry avait remarqué que la diminution de la rate était plus grande avec le chlorure de sodium qu'avec le sulfate de quinine. D'autre part, le chlorure d'ammonium a été administré avec succès dans l'hématurie intermittente.

Le chlorure de sodium convient dans certaines formes de dyspepsie. Pris à dose de 0 gr. 60 à 2 grammes le matin en se levant dans un peu d'eau chaude, il stimule l'appétit dans les cas de dyspepsie atonique sans lésion organique déterminée. C'est un stimulant naturel des organes digestifs. L'addition d'une quantité égale de bicarbonate de soude accroît la valeur du sel dans les cas d'hyperacidité gastrique. Cette prescription convient surtout dans les cas d'asthénie générale et d'irritabilité nerveuse très commune chez les femmes à habitudes sédentaires.

Dugas a trouvé le sel ordinaire très utile dans la dysenterie aiguë à condition de le donner de bonne heure et relate le cas d'un malade atteint d'une dysenterie rebelle et de longue durée en prenant de son chef des lavements de saumure. Certaines populations nègres traitent la dysenterie en absorbant dans une tasse d'infusion de menthe, une cuillerée à soupe de vinaigre saturé de sel. Dewees assure qu'il ne connaît pas de meilleur remède contre le choléra infantile, qu'une injection intestinale d'eau chaude additionnée d'une cuillerée à thé de sel.

En tant qu'antihelminthique le sel a été employé à l'intérieur et en lavement. Non seulement il expulse les vers, mais il les empêche de se reproduire. Les enfants strumeux et ceux qui ont des vers peuvent en faire un large usage. Cazin le conseille pris à hautes doses dans de l'eau et à jeun ou bien en lavement. La solution de sel contre les vers est populaire en Irlande où les classes pauvres sont fréquemment atteintes d'helminthiase. On connaît assez les applications de l'eau salée en chirurgie pour n'avoir pas besoin d'insister. On peut du reste l'employer à des concentrations très variables.

Le sel exerce une action toxique sur les organismes inférieurs. Murchison assure l'avoir employé avec avantage dans les cas de dégénérescence graisseuse du foie et croit que beaucoup d'eaux minérales ne doivent leur vertu qu'au sel qu'elles tiennent en solution.

Copeland fait remarquer qu'il est dangereux de priver de sel les malades atteints de fièvre grave, de fièvre typhoïde ou adynamique. Le sel est particulièrement utile dans certaines affections où la vitalité semble affaiblie, dans la scrofule notamment.

C'est par l'air salin et l'eau salée que la mer exerce une action si favorable chez les scrofuleux. Une solution saline exerce une action très favorable sur les lésions ulcéreuses de la scrofule: Hays l'emploie comme collyre dans la conjonctivite granuleuse chronique. Rothmann a employé avec succès des injections sous-conjonctivales de sel pour provoquer la résorption des taies de la cornée consécutives à des inflammations parenchymateuses.

L'auteur rappelle encore l'emploi du sel comme hémostatique dans l'hémoptysie, dans les métrorrhagies.

L. Jumon.

Contribution à l'étude de l'anesthésine, par L. Duplan (*Thèse de Paris* 1903). — L'anesthésine est l'éther éthylique de l'acide para-amidobenzoïque, c'est un corps synthétique qui se rapproche de l'orthoforme, déjà connu, et qui peut avantageusement remplacer ce dernier médicament, sur lequel il a l'avantage d'être plus puissant et moins toxique. Assurément l'anesthésine est moins diffusible que la cocaïne,

mais elle est beaucoup moins toxique; il a fallu 15 grammes d'anesthésine, par voie buccale, pour obtenir la mort d'un chien de 20 kilogr., c'est donc 0 gr. 75 par kilog. d'animal, de coéfficient léthal On voit que la toxicité est singulièrement loin de la cocaïne, qui est si dangereuse qu'il suffit de quelques centigr. pour tuer un chien et qu'on connaît des cas de mort chez l'homme à des doses très faibles.

La solution aqueuse de chlorhydrate d'anesthésine (beaucoup plus soluble que la base elle-même) est anesthésique et Dunbar et Duhot ont pu obtenir l'anesthésie locale en se servant de solutions à 0,25 0/0 injectées en zone, dans la région à opérer. On remarquera qu'une solution à 1 0/0 n'est pas anesthésique et est douloureuse.

De bons résultats ont été obtenus en rhinolaryngologie, en thérapeutique urologique et en dermatologie, au moyen des solutions ou diaspasmes à l'anesthésine. On a pu même, grâce à l'innocuité du produit, utiliser son action calmante à l'intérieur, par exemple dans les cas de gastralgies ou d'ulcère rond de l'estomac. Dans ces cas on a employé des cachets de 20 à 30 centigr., administrés avant les repas.

En laryngologie, on recommande les pulvérisations avec la solution : Anesthésine, 3 gr. Alcool absolu, 45 gr. Eau distillée, 55 gr. En gynécologie, et en général dans la petite chirurgie, on se sert avec succès de la poudre d'anesthésine pour saupoudrer les plaies douloureuses, notamment les ulcérations des muqueuses. En résumé, ce médicament est appelé à remplacer avantageusement l'orthoforme et même la cocaïne, dans tous les cas où il s'agit d'obtenir une action anesthésiante faible et prolongée.

E. Vogt.

L'exodina, purgatif nouveau (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1er janvier 1903). — Ebstein a examiné ce produit nouveau, qui représente l'éther tétraméthylique de l'acide diacétylrufigallique, et se trouve par conséquent être un proche parent de la purgatine et de l'émodine. C'est une poudre jaune, fondant vers 180°, insoluble dans l'eau, difficilement soluble dans l'alcool, sans odeur ni saveur.

Les doses efficaces sont de 0 gr. 5 pour l'enfant et de 1 gramme pour l'adulte. On administre le médicament en suspension dans l'eau : il ne provoque jamais aucun trouble stomacal et peut être donné à n'importe quel moment, avant, pendant ou après le repas, sans inconvénient. L'effet purgatif est obtenu de 8 à 12 heures après ingestion, et ne s'accompagne d'aucun trouble, sauf dans quelques cas où existe de la coprostase spasmodique.

Il est rare que les doses ci-dessus provoquent de la diarrhée : elles suffisent pour donner 2 à 3 selles pâteuses. Chez les femmes enceintes, l'exodine est tout spécialement indiquée.

L'avantage que présente l'exodine sur la purgatine est de ne pas tacher le linge (urines colorées en brun-jaunâtre après la purgatine). L'émodine vaut l'exodine, mais elle est d'un prix beaucoup trop élevé.

L'exodine en lavements ne paraît pas offrir un avantage quelconque : elle agit certainement d'une manière plus efficace quand on l'administre par la bouche.

L'exodine est livrée au commerce en tablettes contenant 0 gr. 5 de substance active ; celles-ci se désagrègent rapidement dans l'eau.

E. Vogt.

Valeur thérapeutique et mode d'emploi du sérum de Trunecek, par Scheffler (*La Médec. moderne*, 23 déc. 1903). — L'auteur dispose de 18 observations qui lui permettent de prendre les conclusions suivantes :

Un des effets habituels de l'administration du sérum soit en lavement, soit par la voie hypodermique, est un abaissement de la pression artérielle, atteignant dans 60 0/0 des cas environ 2 centimètres de Hg. Le sérum de Trunecek partage cette action hypotensive avec toutes les solutions salines concentrées.

Le sérum de Trunecek est sans action aucune sur les lésions anatomiques confirmées.

L'efficacité du sérum se manifeste exclusivement sur les troubles fonctionnels subjectifs, liés à l'artério-sclérose ou même à la neurasthénie, l'insomnie, la dyspnée, le prurit, la fausse angine de poitrine, les vertiges.

Le sérum réussit quelquefois quand les médications habituelles ont échoué.

Les injections hypodermiques sont plus actives que les lavements.

Les doses de 1 cc. en injections hypodermiques et de 10-20 cc. en lavement paraissent suffisantes. Les petites doses semblent, en effet, aussi efficaces que les doses plus considérables.

Les injections doivent être quotidiennes et au nombre d'une douzaine au moins avant que l'on puisse juger de l'utilité du traitement.

Les lavements seront interrompus de temps en temps pour ménager le rectum. La médication ne sera jamais suspendue brusquement, pour éviter les récidives.

La médication agit assez rapidement : six à douze jours pour obtenir une amélioration. Passé ce délai il est inutile de continuer le traitement qui restera sans effet.

L'efficacité du remède est surtout remarquable et rapide quand les artères ont conservé un certain degré d'élasticité.

Le sérum est efficace dans certains troubles de la miction : pollakiurie, retard dans l'émission de l'urine. L'amélioration des troubles urinaires a toujours semblé plus lente que l'amélioration des autres symptômes.

L'auteur a vu les pertes séminales disparaître sous l'influence du traitement. L'amélioration a été rapide chez deux malades qui ne prenaient aucun autre médicament.

Le sérum de Trunecek peut être également utile dans certains cas de névralgies.

Quand le sérum agit, les améliorations obtenues sont dans l'immense majorité des cas durables, sinon définitives.

Pour l'auteur, l'efficacité du sérum doit tenir à la reminéralisation de l'organisme qu'il permet s'effectuer.

L'artério-scléreux, le rhumatisant chronique, la neurasthénique, tous atteints de nutrition retardante, sont des déminéralisés.

Or, le sérum de Trunecek introduit dans l'organisme précisément les sels du sérum normal et dans leurs rapports réciproques (sauf la chaux et la magnésie). C'est donc nettement un agent reminéralisateur, et son efficacité tient précisément à ce que les sels qu'il contient sont ceux-là mêmes qui entrent dans la constitution du liquide qui baigne tous les organes, c'est-à-dire du sérum sanguin.

E. Vogt.

Résultats obtenus avec le sérum polyvalent de Moser (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1er janv. 03). — Le Pr V. Bokay de Budapest dispose de 12 cas de scarlatine hypertoxique traités par ce sérum. La quantité totale de sérum injecté a été de 2.150 ccm. : en général, on fit une seule injection de 100 à 200 ccm.

L'action la plus constante et la plus marquée est obtenue sur l'état général et les troubles cérébraux qui disparaissent dès le deuxième jour après l'injection. Ces effets sont positivement surprenants, et il n'est pas nécessaire, pour qu'ils se manifestent, que la courbe thermique soit considérablement influencée.

L'exanthème, même s'il est au maximum, pâlit rapidement : quant à la température, elle s'est abaissée de 2,1° C. en moyenne dans les 10 cas guéris; on n'observa jamais d'accidents accompagnant cet effet.

Quelques manifestations otitiques furent enregistrées; elles se montrèrent toutes bénignes.

Dans un cas, il se forma un abcès au point de l'injection : incision, guérison sans complications.

Dans un cas unique, il se développa de l'albuminurie le lendemain de l'injection : cet accident fut transitoire.

Dans les cas, au contraire, où l'albuminurie existait déjà avant l'injection, on observa souvent une disparition complète du phénomène, et jamais d'augmentation.

Dans les autres cas, où le malade ne présentait pas d'albumine au moment de l'injection, on n'en observa pas davantage après.

Dans 58 0/0 des cas, il y eut de l'exanthème médicamenteux, entre 6 et 28 jours après l'injection. On observa surtout de l'urticaire et de l'érythème polymorphe.

E. Vogt.

FORMULAIRE DE THÉRAPEUTIQUE CLINIQUE

TRAITEMENT MÉDICAL DU CANCER

Il ne s'agit ici que d'un traitement palliatif : ce traitement vise la réduction de la tumeur, l'arrêt du processus cancéreux ou la modification de certains symptômes :

Par les *caustiques*, on peut détruire certains épithéliomes cutanés.

Rejeter ceux dont l'action est faible, peu pénétrante, tels que l'acide phénique, l'acide pyrogallique, l'acide lactique, le nitrate d'argent, etc., ou ceux qui attaquent les tissus sains en même temps que les tissus malades, tels que les acides sulfurique, nitrique, chlorhydrique, le sublimé, le nitrate acide de mercure, le chlorure de zinc... Employer dans quelques cas l'acide chromique à 1 p. 5 ou 1 p. 10 (escarre sèche), la pâte de Vienne.

Le chlorate de potasse a une action incontestable. On peut, après raclage, appliquer le chlorate de potasse en nature, ou bien en solution, en pommade ;

a)	Chlorate de potasse...	4	grammes
	Résorcine.....	1	—
	Vaseline..... }	aa 10	—
	Lanoline..... }		
b)	Résorcine.....	2	—
	Chlorate de potasse...	10	—
	Eau distillée.....	300	—

(Brocq).

L'acide arsénieux est le caustique de choix, en raison de l'intensité de son action, et surtout de ce fait, qu'il atteint tout le tissu morbide, en ménageant la peau saine.

A l'acide arsénieux additionné d'une ou deux parties de gomme pulvérisée et additionnée d'eau jusqu'à consistance de pâte, il faut préférer l'emploi de la solution caustique de Czerny-Trunecek, d'une action plus lente, mais bien moins douloureuse :

Acide arsénieux.....	1 gramme
Alcool éthylique... }	àà 75 —
Eau..... }	

Après avoir cimenté la surface à cautériser, badigeonner avec cette solution. Répéter les applications tous les jours, ou tous les deux jours, après ablation de l'escarre.

Modérer la douleur en saupoudrant d'orthoforme la surface cautérisée, l'inflammation de voisinage par les pulvérisatons chaudes avec une solution boriquée.

Combattre les hémorragies accessibles par les applications de solutions concentrées d'antipyrine (1 p. 5-1 p. 10) d'adrénaline. Dans le cancer de la langue, badigeonner tous les deux jours la partie malade avec la solution normale d'adrénaline (Mahu).

Réaliser l'*antisepsie* au moyen des solutions de permanganate de potasse à 10 ou 20 p. 1000, d'hydrate de chloral à 10 p. 1000, de sulfate de cuivre ou de fer à 5-10 p. 1000, de liqueur de Labarraque (hypochlorite de soude) à 20 p. 1000, d'eau oxygénée diluée (1 p 10), de coaltar saponiné à 3 cuillerées par litre ou des solutions suivantes :

Acide phénique .... }	àà 49 grammes
Glycérine..... }	
Essence de thym.....	2 —
Acide salicylique.....	1 —
Essence de géranium rosat.....	5 —
Alcool à 9°.....	300 —

1 cuillèrée à soupe par litre (Lambert, thèse de Paris 1903).

Comme topiques pulvérulents, on peut utiliser isolément ou associés diversement : l'iodoforme, le salol, le carbonate de magnésie. Notamment, le mélange de Lucas-Championnière.

Les *injections sous-cutanées de sels de quinine*, notamment de bichlorhydrate de quinine (à la dose de 0 gr. 25-0 gr. 50), ont paru, dans quelques cas, retarder les progrès de l'évolution du néoplasme (cancer du sein, notamment); celles de *cacodylate de soude* n'ont d'autre effet que de remonter l'état général.

Quant à la *douleur*, elle est uniquement justiciable de l'*injection de morphine*.

G. [illegible]on.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Actes officiels. — La présidence du Comité consultatif d'hygiène publique, confiée depuis de longues années à M. Brouardel, vient d'être attribuée par le ministre de l'Intérieur à M. le Pr Debove, doyen de la Faculté de médecine. Cette nomination a été signée mardi par M. Combes.

Autre nouvelle dans la note gaie. Le Dr Legendre, médecin des hôpitaux, vient d'être décoré par le ministre de la guerre au titre militaire. Il y a seulement six ans que le Dr Legendre est chevalier de la Légion d'honneur. Il y a tellement d'oubliés, qu'il faut bien, de temps en temps, une petite compensation.

Hôpital Beaujon. Leçons de clinique thérapeutique. — M. Albert Robin a recommencé ses leçons de thérapeutique clinique avec présentation de malades, le mercredi 13 janvier à 9 h. 1/2 du matin et les continuera les mercredis suivants à la même heure dans le local de l'ancienne sacristie de l'hôpital Beaujon.

Hygiène de l'automobiliste. — L'automobilisme est un sport éminemment hygiénique (courses de vitesse à part), à la condition, pour l'amateur qui s'y livrera, de se soumettre à certaines précautions, voire même à certaines lois.

Il y a considérer, selon le Dr Lévêque : à la station, pour des vitesses inférieures à 40 kilomètres à l'heure, le corps dans la position assise devra faire face à la route, être légèrement incliné en arrière, et non en avant, les reins et une partie des épaules appuyées. La tête sera verticale par rapport au sol; les jambes libres.

La vectation qui agit par le mode de suspension des véhicules, les conditions d'aération, le degré de vitesse, la durée de l'exercice, la nature du terrain, la force motrice.

Les précautions consisteront à protéger certains organes comme : les yeux; par des lunettes appropriées, on pourra se soustraire à l'inflammation plus ou moins passagère des paupières et de l'œil, blépharites, conjonctivites, kératites, etc.

Le nez, dont les ailes peuvent être comprimées par la pression de l'air, et, en cas de vent violent ou de vitesse exagérée, gêner la respiration.

Les oreilles, qu'on devra soustraire au froid, à l'introduction de corps étrangers et au brui fatigant du bruissement.

Pas de tampon de coton dans une oreille saine, mais seulement dans les cas de perforation du tympan.

Le pharynx et le larynx, dont on évitera les inflammations en ayant le cou tenu très chaudement et en respirant par le nez.

L'influence de l'automobilisme s'exercera : par les mouvements et les trépidations qui occasionnent une révolution sur les organes internes et accentuent la sécrétion des fluides gastriques biliaire pancréatique par l'énergie qu'elle donne à la circulation et à la nutrition en fortifiant l'effet produit par les systèmes vasculaires en faisant pénétrer plus aisément le sang dans tous les tissus et jusque dans les ramuscules capillaires ; par la tonicité générale de l'organisme l'automobilisme peut remédier à l'excitabilité morbide du système nerveux et à des affections spasmodiques par modification de l'intellect et du moral ; la pratique de ce sport ne provoque de l'euphorie que chez un dégénéré, un alcoolique ou un névrosé.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel pratique de la garde-malade, de l'infirmière et des mères de famille. *Septième édition.* (Extr. du *Bulletin des infirmièrs et infirmières*, nov.)

M. le Dr Bourneville vient de publier la *septième édition* de son *Manuel pratique de la garde-malade et de l'infirmière.*

Si l'on songe que chacune des éditions précédentes avait été revue et mise au courant des innovations qui avaient pu se produire, on admettra sans peine que cette dernière est probablement le Manuel le plus complet et le plus *actuel* de ceux qui existent aujourd'hui.

Chacun des volumes qui le composent a été effectivement l'objet d'une nouvelle et sérieuse révision Dans le tome Ier (*Anatomie et Physiologie*), nous voyons que certaines parties, telles que le système nerveux et l'appareil circulatoire, pour ne parler que de celles-là, ont reçu de nombreux développements. Deux tableaux très instructifs sur la dentition et la croissance ont été ajoutés.

Le tome II (*Administration et comptabilité hospitalières*) a été augmenté d'intéressant détails sur l'Assistance publique de France, sur l'Assistance municipale et départementale, ainsi que de renseignements sur les établissements de bienfaisance, hospices, hôpitaux, asiles d'aliénés de province et du département de la Seine.

Le tome III (*Pansements*) renferme de nombreux articles complétés ou modifiés suivant les progrès accomplis par la médecine et la chirurgie dans ces dernières années. De nouvelles figures ont été ajoutées au texte, ainsi que l'énumération de nouveaux instruments en usage depuis peu de temps.

Le tome IV (*Soins aux femmes en couches et aux nouveau-nés. — Soins aux aliénés. — Médicaments. — Petit dictionnaire*) renferme de nouvelles instructions sur les soins à prendre des nouveau-nés, sur leur alimentation, sur la manière de stériliser le lait avec l'indication des meilleurs instruments à employer pour cette opération. Quant à la pharmacie, nous trouvons quantité d'additions sur les médicaments nouveaux. Un chapitre spécial est consacré aux médicaments dangereux et à la conduite à tenir dans certains cas d'empoisonnement. Un autre traite des urines. Le petit dictionnaire s'est également enrichi de nouvelles expressions.

Le tome V (*Hygiène*), bien que comportant peu de modifications, a cependant bénéficié de quelques additions de détails et de notes complémentaires.

Pour résumer, nous dirons que le *Manuel pratique* du Dr Bourneville est appelé à rendre les plus grands services à toutes les personnes qui auront à soigner les malades : mères de familles, gardes malades libres ou hospitalières et nous ajouterons qu'il justifie plus que jamais l'expression consacrée de *Bréviaire des infirmières.*

Nlle Imprimerie. E. Lasnier directeur. 35 37 rue St-Lazare. Paris *Le Propriétaire-Gérant* R. BLONDEL :

TRAVAUX ORIGINAUX

LES VARICES DU MEMBRE INFERIEUR

Par le Dr Paul Delbet,

Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Médecine.

Il est peu d'affections aussi banales que les varices du membre inférieur. Il en est peu également qui soient moins connues des praticiens. Leur apparente bénignité a fait négliger leur étude : et cependant, il n'est peut-être pas d'affections exposant à des complications plus variées et plus sérieuses. On ne doit pas oublier d'ailleurs, que ce sont des affections chroniques à évolution lente mais progressive. Simplement gênantes au début, elles finissent par provoquer la déchéance du membre. Certaines femmes impotentes ou infirmes, le sont à la suite de varices, et ce qui est plus triste à dire, il eût été facile d'éviter cette infirmité, en traitant dès le début les varices d'une manière convenable. Je pense donc qu'il ne sera pas sans intérêt de reprendre cette question dans ses grandes lignes et de faire comprendre ce qu'on peut et ce que l'on doit faire en pareil cas.

I

Les varices sont des dilatations permanentes et pathologiques des veines. Il faut que la dilatation soit permanente ; ainsi, appliquez un lien à la racine d'un membre, vous produirez une dilatation des veines de ce membre, ces dilatations ne sont pas des varices, car la suppression du lien amènera la rétrocession des accidents : il faut que la dilatation soit pathologique : une veine congénitalement dilatée n'est pas variqueuse, car la coupe de la paroi montre que celle-ci a une structure normale. Dans l'un et l'autre cas les lésions restent limitées et ne prennent pas la marche extensive qui est le danger et la caractéristique des varices.

Ceci dit, les altérations d'une veine variqueuse présentent des degrés divers, généralement associés chez un même sujet, mais que l'on considère isolément pour les facilités de la description. Dans un premier degré, il y a dilatation et allongement avec altération purement microscopique de la paroi. La veine forme un tube cylindrique légèrement sinueux. Au 2e degré, il y a dilatation avec épaississement marqué et égal de la paroi. Le 3e degré se caractérise par la dilatation avec épaississement et amincissement de la paroi ; la veine n'est pas seulement augmentée de volume, elle présente des saillies, des boursouflures latérales ; les varices forment de petites tumeurs ampullaires, sacculaires, en chapelet. De plus, dans une veine donnée, l'altération ne demeure pas localisée à la paroi seule ; cette paroi contient des vasa vasorum : ceux-ci s'altèrent à

leur tour : les veines des vasa s'allongent et se dilatent. D'autre part, plusieurs veines sont prises simultanément ; elles peuvent arriver à s'accoler, il se produit alors de véritables éponges veineuses. Ce n'est pas tout : le sang contenu dans la veine stagnant au voisinage d'une paroi altérée se coagule; il se fait des caillots qui pénètrent bientôt le bourgeonnement de la paroi. Ces caillots peuvent se résorber; ils peuvent aussi s'incruster de sels calcaires et former de véritables phlébolithes : ailleurs, le sang s'insinue entre les tuniques et produit de vastes effusions sanguines.

La base de ces lésions, est la transformation inflammatoire de la paroi moyenne de la veine ou mésophlébite qui provoque la disparition de la fibre musculaire.

Les lésions peuvent rester cantonnées à un petit territoire cutané, envahir les veines superficielles en partie ou en totalité, intéresser les veines superficielles ou profondes isolément ou simultanément. On admet depuis Verneuil que les varices débutent toujours par les veines profondes et que tout individu porteur de varices superficielles présente fatalement des dilatations variqueuses des veines profondes. C'est là une affirmation certainement exagérée. Quénu rapporte plusieurs cas de varices superficielles développées sans altération concomitante des veines profondes.

II

Sous quelle influence se développent les dilatations variqueuses? Deux théories ont été émises ; l'une, ancienne, admet que les varices sont une lésion mécanique : la dilatation est due à l'excès de pression exercée par le sang sur la face interne de la veine; l'autre, moderne, attribue les varices à une altération pathologique de la paroi : celle-ci affaiblie par la sclérose, se déforme; l'élévation de tension de la colonne sanguine n'est plus primitive, elle est secondaire. Ces deux théories méritent d'être étudiées et exposées longuement : la pathogénie en effet, domine la thérapeutique et pour qui ne connaît pas le mécanisme de la dilatation variqueuse, le traitement demeure incompréhensible.

Voici comment se formule la *théorie mécanique* : le sang remplit les veines du membre inférieur de bout en bout : il constitue une colonne sanguine ininterrompue étendue de l'oreillette droite aux malléoles, haute de 1 m. 20 environ : or la pression exercée par une colonne liquide sur la paroi du conduit qui la renferme est proportionnelle à sa hauteur : elle est dans l'espèce considérable. On conçoit aisément que dans ces conditions et étant donné la minceur de la paroi veineuse, la veine se laisse distendre et devienne variqueuse. C'est pourquoi toute cause qui amène l'augmentation de tension dans la veine favorise la production de varices : ainsi les varices se développent de préférence chez la femme, au cours de la grossesse; elles se développent chez les individus astreints à des professions fatigantes, cuisinières, valets de pied ; elles se développent surtout chez les individus obligés de rester longtemps debout. Enfin, les liens constricteurs placés au-dessus du mollet, sur le thorax, jarretière, ceinturons exercent une fâcheuse action sur le développement de la lésion.

Cette théorie, combattue déjà par Briquet, a eu longtemps la vogue : elle est fausse en tout point et il est facile de réduire à néant les arguments sur lesquels elle s'appuie : Supposons que le sang forme une colonne continue du cœur aux extrémités et qu'il en résulte une pression notable sur la paroi du cylindre veineux : il faut ne pas connaître les lois du développement des organes pour supposer qu'il se produira une dilatation variqueuse. La fonction développe l'organe, il se fera dans les conditions que nous supposons non une dilatation, mais une hypertrophie des parois, hypertrophie qui leur per-

mettra de résister à la poussée du sang. Mais cette supposition même n'est pas admissible ; il n'est pas exact de dire que le sang forme dans les veines une colonne continue, et ininterrompue du cœur aux extrémités. Les veines sont des tubes creux, mais des tubes valvulés ; la circulation s'y fait d'une manière spéciale qui mérite d'être connue. Dans un membre, il n'existe aucun vide : autour du squelette enfermé dans l'enveloppe aponévrotique inextensible se groupent des muscles : entre ceux-ci existent des espaces celluleux, ou circulent nerfs et artères. Les veines sont plongées soit au milieu, soit entre les muscles ; leur paroi est molle, dépressible. Les muscles passent par des alternatives de repos et de contractions s'accompagnant de changement de forme et de volume : si bien que dans un point donné du membre, il y a tantôt constriction, tantôt soulèvement des veines : ces alternatives d'élévation et d'abaissement de la paroi provoquent les déplacements du sang et grâce aux valvules sa progression vers le cœur. Voyons, en effet, ce qui se passe dans ces conditions : les jumeaux par exemple se contractent ; ils compriment les veines et les vident ; la contraction cesse, les veines tendent à se dilater ; le sang précédemment refoulé vers le cœur, soutenu par les valvules, ne peut redescendre ; le sang contenu dans les parties sous-jacentes aux jumeaux trouve ainsi devant lui une veine vide dans laquelle il s'engage aisément, autrement dit le sang d'un segment de membre ne gagne le segment sus-jacent qu'au moment où grâce à une contraction musculaire antécédente, ce segment a été vidé du sang qu'il contenait ; il en est de même des veines superficielles avec cette différence que pour les veines superficielles, la veine n'est pas comprimée, mais aplatie sur l'aponévrose au moment où la contraction musculaire vient la tendre. Comme d'autre part la contraction musculaire ne cesse jamais, que nous soyons debout ou assis, et comme même dans l'attitude du port d'arme, l'immobilité du corps n'est que la résultante des contractions partielles et successives des muscles, ce mécanisme se produit à tout instant, fractionnant la colonne sanguine. Il n'existe pour ainsi dire jamais de colonne sanguine continue.

Telle est la théorie : elle est fondée sur l'observation et l'expérimentation. Les physiologistes ont depuis longtemps démontré que la pression dans les veines est faible. Mais pour ceux qui douteraient de la réalité du fait, on peut arriver à prouver d'une manière non moins certaine, quoique indirecte, que l'augmentation de pression ne joue dans l'éclosion des varices qu'un rôle secondaire.

Si les varices étaient la conséquence de la pression continue exercée par le sang sur la paroi, elles devraient toujours débuter par les veines déclives à paroi plus mince, à tension plus élevée ; or, depuis longtemps, Lesur et Cruveilhier ont établi que les varices débutent par la partie moyenne de la jambe, et non par sa partie inférieure.

Admettons que la grossesse agisse en amenant la compression des veines du bassin par le fœtus : les varices ne devront-elles pas apparaître surtout au moment où la compression sera maximum, c'est-à-dire à la fin de la grossesse ? ne devront-elles pas être d'autant plus développées que les grossesses auront été plus nombreuses ? ne devra-t-il pas y avoir d'autant plus de chances d'observer des varices que la femme aura plus d'enfants ? enfin ne devra-t-il pas y avoir grande prédominance de varices chez la femme qui est en face de cette affection dans une situation plus défavorable que l'homme, en raison même de la possibilité d'une grossesse ? Sur un de ces points, les faits devraient répondre affirmativement ; or, c'est précisément l'inverse qui se produit. Budin a montré que c'est au troisième mois de la grossesse que les varices commencent à apparaître, à un moment ou le fœtus n'est certainement pas assez développé pour produire de compression sur les veines iliaques ! Lesgouillon a établi qu'il n'y a pas proportionnalité entre la fréquence des grossesses et celle des couches, beaucoup de femmes ont des enfants sans avoir de

varices; d'autres ont des varices sans avoir jamais conçu : Enfin, la statistique de Haas, de Briquet, Rokitansky, Delaharpe montrent qu'il n'y a pas, quoiqu'on en ait dit, prédominance des varices chez la femme.

De même les statistiques soignées de Neumann montrent qu'aucune profession n'est plus qu'une autre exposée aux varices, et qu'à ce point de vue les professions exigeant la station debout prolongée ne jouissent d'aucun privilège.

Concluons donc : rien, ni dans la physiologie, ni dans l'étiologie, ni dans les observations, ne permet de dire que les varices soient une dilatation mécanique des veines.

La vérité est que les varices sont la conséquence des lésions de la paroi, du défaut de solidité de la paroi veineuse : la lésion primitive est la phlébite pariétale absolument comme pour les artères, l'artérite est le point de départ de l'anévrisme. Il y a mesophlébite, destruction du tissu élastique et des muscles, et remplacement de ceux-ci par du tissu fibreux cicatriciel, c'est-à-dire extensible. La cause de cette altération doit être cherchée dans une diathèse, les varices se développent chez les sujets obèses, précocement chauves, hommes de bureau, femmes sédentaires, chez tous ceux qui présentent du ralentissement de la nutrition : la lésion veineuse est une lésion d'ordre général dépendant de l'arthritisme, peut-être de l'alcoolisme : c'est la théorie défendue en France par Lancereaux, Felizet, Kirmisson, Schwarz. Peut-être n'est-ce pas là seulement qu'il faut chercher la cause des varices; personnellement, j'en soupçonne au moins une autre, mais en l'absence de preuves convaincantes à l'appui de ma théorie, j'estime qu'il serait prématuré de l'exposer.

III

Constituées, les varices se caractérisent par des modifications dans la forme et l'aspect des veines de la jambe et de la cuisse, des altérations de presque tous les tissus du membre, des accidents tenant au défaut de solidité et de résistance de l'étoffe veineuse.

Les modifications de forme et d'aspect des veines sont parfois extrêmement prononcées : c'est ainsi qu'on peut voir de fortes ampoules atteignant le volume d'une noix, d'une pomme d'api occupant le pli de l'aine, la face postérieure de la jambe; ailleurs, c'est un peloton de veines enroulées, anastomosées, couvrant la moitié du mollet, quatre travers de doigt de la face interne de la cuisse ou formant sous la peau comme un paquet de lombrics enroulés en une véritable tête de méduse. Malgré les apparences, ces formes ne sont pas les plus graves. Plus dangereuses, car en général plus étendues et plus diffuses sont les varicosités cutanées en étoile, dont le nombre est parfois si grand que la peau du membre inférieur prend un aspect violacé; la dilatation étendue de la saphène ou des saphènes et de leurs branches qui constituent à la face superficielle de la cuisse un cordon cylindrique, gros comme le petit doigt, cordon apparent chez les sujets maigres, dissimulé dans la graisse, mais non moins redoutable chez les sujets obèses.

En même temps et comme conséquence de ces modifications des veines, il existe des *modifications plus ou moins étendues des divers tissus du membre*.

La peau mal nourrie, devient sèche, écailleuse, pigmentée par place; elle est surtout lâche et flasque et au lieu de soutenir comme un bas bien ajouté les tissus et appareils profonds forme une enveloppe flottante et inutile. Le tissu cellulaire est par place infiltré de sérosité; ailleurs, il a pris le caractère scléreux, la graisse a en grande partie disparu pour faire place à un tissu scléreux difficilement extensible, et une fois distendu sans retour élastique. Cette disparition de l'élasticité du tissu cellulaire est un événement

grave pour l'avenir du membre. Les muscles en effet, en opportunité morbide depuis le moment ou en raison des difficultés de la circulation veineuse, ils ne peuvent qu'avec peine éliminer les déchets de leur combustion dans le torrent circulatoire, glissent moins aisément dans leur enveloppe devenue scléreuse; les artères deviennent dures et athéromateuses; les nerfs présentent soit au contact des altérations du tissu cellulaire, soit au contact des veines, des altérations passagères se traduisant par des douleurs, des pesanteurs, des névralgies cédant au repos : plus tard, les altérations deviennent plus profondes la sclérose envahi les troncs; alors apparaissent les altérations de la névrite interstitielle et parenchymateuse. Il n'est pas jusqu'aux os qui ne puissent être atteints d'une ostéïte chronique aboutissant aux hyperostoses en même temps qu'à la médullisation.

Aussi dans ce membre atteint d'une affection en apparence bénigme, aucun tissu ne demeure indemne.

Mais ce n'est pas tout; du fait de la dilatation variqueuse des veines des *accidents peuvent éclater* :

La complication la plus facile à comprendre, complication grave, mais heureusement rare est la *rupture*. Interstitielle, elle a pour conséquence, l'épanchement du sang dans les couches profondes. Cet épanchement en comprimant les vaisseaux vient rendre plus difficile encore la nutrition déjà précaire du membre : on ne sera donc pas étonné d'apprendre que des gangrènes puissent en être la conséquence : J'en ai observé un cas. superficielle, la rupture est suivie d'hémorragie dont on comprendra mieux la gravité, lorsque j'aurai exposé la physiologic pathologique des varices. Sachons simplement que des cas de mort ont été constatés.

La veine est le siège d'une inflammation pariétale. Cette inflammation gagne les couches profondes, l'épithélium tombe, le sang dont le cours est ralenti, trouve ainsi un centre de coagulation ; qu'un mouvement brusque, un effort survienne à ce moment, le caillot sera projeté dans le courant circulatoire et ira emboliser à distance. Adhésive, la phlébite est moins grave, elle peut être curatrice. Il ne faut pas oublier cependant que le caillot peut devenir phlébolithe. Les accidents peuvent présenter une marche plus aiguë, c'est alors une phlébite nettement infectieuse qui éclate, provoquant des douleurs graves, des abcès localisés, des abcès profonds, la suppuration de l'endoveine avec tous les dangers de la migration des éléments septiques, septicémie et infection purulente.

Enfin, conséquence des ulcérations de la peau et des nerfs et des troubles circulatoires, la moindre écorchure, la moindre ulcération sur un membre variqueux devient rapidement grave : le lymphangite s'y produit aisément et est redoutable : l'eczéma s'y installe d'une manière chronique, à tout moment l'ulcération peut apparaître. Ordinairement localisée à la face interne de la jambe, généralement unique et peu étendue, mais pouvant prendre des dimensions considérables et devenir circonférencielle, dans tous les cas gênante, défavorable par son siège ordinaire en face du tibia dont elle provoque ou entretient la croissance hypérostosique, l'ulcération est grave par sa ténacité, et redoutable comme une porte ouverte à toutes les infections.

IV

Contre de pareils accidents sommes-nous armés ? Certes les procédés thérapeutiques ne manquent pas. La plupart d'ailleurs sont anciens. Marius déjà se faisait inciser ses varices ! et le fait prouve que sans connaître parfaitement la physiologie pathologique

des varices les maîtres de la vieille chirurgie avaient reconnu leur danger et les jugeaient digne d'un traitement énergique.

Ce traitement peut être médical, orthopédique ou chirurgical.

Le traitement médical est tout entier dans l'administration de deux médicaments, l'iodure de potassium et l'Hamamelis virginica.

L'iodure peut être recommandé comme modificateur du terrain arthritique. Il doit être donné à la dose de 20 centigrammes par jour. Son action est lente. L'ingestion du médicament doit donc être continuée pendant trois semaines consécutives et repris tous les mois pendant des années. L'Hamamelis virginica, vantée et abandonnée tour à tour est, quoique on en ait dit, un médicament efficace à la condition d'être donné sous forme de teinture, à doses progressivement croissantes jusqu'aux doses massives : il faut débuter par 30 gouttes et monter à 200 gouttes par jour. A ces doses et quand les varices sont de date récente, ou bien quand elles sont le siège de pousses subinflammatoires, l'Hamamelis donne de bons résultats.

Le traitement orthopédique comprend l'application soit de bandes de toile ou de préférence de caoutchouc, soit de bas élastiques. Bande ou bas doivent être appliqués à même sur la peau, à peine serrés. Le mieux est de placer le bandage au réveil dans le lit ; on aura soin que le bandage soit juste et ne serre pas : dès que le malade se lève le sang afflue dans la jambe et la compression se fait. Les bandages doivent être levés le soir ; ils doivent comme la peau même du membre, être entretenus dans un état parfait de propreté.

Le traitement chirurgical comporte des procédés multiples. Les injections coagulantes, et l'exposition à l'air sont aujourd'hui complètement abandonnées, nous n'y insisterons donc pas davantage. Les procédés modernes forment trois groupes : Les procédés visant les varices ; les opérations visant les altérations nerveuses ; les procédés mixtes destinés à combattre les altérations nerveuses et veineuses à la fois.

Les procédés dirigés contre les lésions veineuses sont : *l'excision limitée* conseillée par Rima, reprise par Steel, Davies Colley, Annandale en Angleterre, par Schede, Starck, Madelung, Rissler en Allemagne ; pratiquées en France par Schwarz, Quenu, Reclus, Championnière, Segond et moi-même. L'opération consiste à mettre à nu les ampoules gênantes et enflammées, à les isoler, enfin à les réséquer en appliquant une ligature au-dessus et une au-dessous.

La ligature des veines exécutée des 1799 par Leverard Home, puis par Annandale a été pratiquée pour la première fois en France par Lucas-Championnière, puis par Schwarz : elle a été surtout pronée et défendue par Trendelenburg. Aussi lui donne-t-on souvent le nom de méthode de Trendelenburg.

La ligature se pratique de diverses manières, Trendelenburg plaçait une seule ligature sur la saphène interne un peu au-dessus du genou. Ledderhose, pour éviter le retour du sang par les branches collatérales, place trois ligatures, une au 1/3 moyen, une au 1/3 inférieur de la cuisse, une à l'embouchure de la saphène interne dans la fémorale. Forgue applique aujourd'hui encore cette technique. Ledderhose ayant observé que, à la suite de ces opérations il se produisait souvent de l'œdème du membre inférieur, fait du genou au pied de longues incisions pénétrant jusqu'à l'aponévrose. Ces incisions sectionnent les collatérales et permettent l'écoulement de la sérosité que l'on facilite encore en élevant le membre.

La technique de la ligature est simple. Il suffit de découvrir le vaisseau généralement fort apparent et de placer un fil sur lui. Pour ma part, je pratique l'opération de la manière suivante. Le trajet de la saphène ayant été déterminé, je pince entre le

pouce et l'index, la peau, la graisse et la veine, et soulève le tout en un pli parallèle à l'axe du membre : mon aide placé devant moi soutient l'autre extrémité du pli. Ceci fait, j'enfonce le bistouri à la base du pli, et le ramenant le tranchant en l'air, je sectionne ce pli dans toute sa hauteur. On aperçoit alors la coupe de la saphène. Sans lâcher le pli, je place une pince de Kocher sur chaque section de la veine, je tire sur la veine, place une ligature sur le vaisseau aussi loin que possible, et résèque tout ce qui passe. L'opération est répétée au-dessus du condyle interne, à la partie moyenne, à la partie supérieure de la cuisse. Les avantages de cette technique sont la rapidité, la netteté, la possibilité de reséquer un segment de veine de 5 à 6 centimètres, ce qui empêche la reconstitution du tronc par les anastomoses des vasa-vasorum, une sécurité absolue, car on évite ainsi l'introduction de l'air dans la veine, accident qui n'a jamais été signalé, mais que je crois fort possible.

L'excision totale été pratiquée par Madelung et Bonneken. Ces auteurs n'ont pas craint de découvrir la saphène interne par une incision allant du pli de l'aine à la malléole, et de l'extirper. Le résultat est toujours inesthétique, car il reste une longue cicatrice ; aussi en semblable occurence, me contenterais-je de pratiquer des boutonnières de place en place à la peau, de la soulever et en tunnellisant les téguments, d'amener les veines vers moi.

On peut faire mieux. Partant de ce principe que les téguments des variqueux so flasques et distendus : Schwarz a conseillé de faire à la jambe comme au scrotum, u large excision des téguments. Après avoir ligaturé la saphène à la cuisse, Schwarz trace un losange à grand axe vertical sur la face interne de la jambe, excise la peau dans l'aire du losange, puis rapproche avec force les deux côtés. J'ai légèrement modifié l tracé en excisant les angles transversaux du losange pour que la peau fût tendue no seulement transversalement, mais aussi verticalement.

Tels sont les principaux procédés, il me reste à montrer comment on peut modifier le système trophique du membre. Connaissant les varices, leurs accidents, les procédés thérapeutiques, nous aurons alors à montrer comment ces procédés ont été conçus, comment ils se justifient et dans quelle mesure ils devront être appliqués.

(*A suivre.*)

LE TRAITEMENT DE LA MENINGITE TUBERCULEUSE PAR LA PONCTION LOMBAIRE

Par le Dr H. Serafidi (de Constantza, Roumanie).

La méningite tuberculeuse, maladie considérée comme fatale, jusqu'à la découverte de la ponction lombaire, commence à entrer parmi les maladies guérissables, d'après les observations qui ont commencé à se publier depuis quelque temps.

La ponction lombaire introduite d'abord, comme moyen thérapeutique, ou le traitement des autres formes de la méningite (aiguë, cérébro-spinale), a donné aussi des bons résultats pour la méningite tuberculeuse.

M. Netter (1) a réuni sept cas de méningite purulente, terminés par guérison. Dans tous les cas la ponction lombaire a permis de retirer un liquide trouble, laissant déposer n sédiment, qui a décelé l'existence du diplococcus.

E. Orlandi (2) rapporte un cas de méningite aiguë, contre laquelle on avait essayé tous les traitements habituels ; mais tous les phénomènes ne se modifièrent favorablement qu'après les ponctions lombaires, pratiquées trois jours de suite. On enleva chaque fois 20 cc. de liquide, qui contenait des nombreux leucpcytes.

Le malade guérit après ces ponctions très vite.

Herbert Rodes (3) à propos de la ponction lombaire, dit qu'elle permet non seulement d'élucider la nature d'un cas et de permettre d'adopter un traitement, mais elle peut dissiper les sympômes les plus graves et les plus alarmants. Pour le malade, la ponction lombaire dissipe la douleur, la céphalalgie, peut diminuer le coma déterminé par l'augmentation de la pression intra-cérébrale.

Du même avis est John Jtivers (4) a propos de la méningite cérébro-spinale, en soutenant, qu'elle doit être faite de bonne heure, avant que le liquide devienne épais, et elle doit être répétée un certain nombre de fois.

Le Dr Viura Carreras (5) avait essayé sur un cas de méningite tuberculeuse, mais la ponction lombaire ne lui a donné aucun résultat.

Furbringer, Oppenheim, Lenharz, Koths, Widal et Sicard (6) ont noté l'amélioration de quelques symptômes, tels que la céphalée, les vomissements, le nystagmus. Faisans a observé la disparition d'une aphasie presque complète, dans un cas de méningite tuberculeuse, quelques heures après l'évacuation de 8-10 cc. de liquide rachidien.

Un des premiers cas de tuberculose méningée, guéri, est celui qu'a rapporté le Dr Thomalla.

Le diagnostic dans ce cas a été confirmé par les Prs Gerhard et Michel (7).

(1) *Société Médicale des Hôpitaux*. 11 mai 1900.
(2) *Gazeta Medica Italiana*, n° 15, 1902.
(3) *British Medical Journal*. Juin 1903.
(4) *Brooklyn Medical journal*. Septembre 1903.
(5) *Revista de Ciencias Médicas*; Barcelona, janvier 1899.
(6) Le liquide céphalo-rachidien; *Revue de Thérapeutique Médico-Chirurgicale;* 10 octobre 1902.
(7) *Berliner Klin. Wochenschr.*, 16 juin 1902.

Avanzino (1) donne la publication d'un cas, où il s'agit d'un enfant de 14 ans, malade depuis 12 jours et qui présentait tous les phénomènes classiques d'une méningite tuberculeuse ; la température était de 39°5 et le pouls plutôt rare et peu en rapport avec la température élevée (75 par minute). L'examen du fond de l'œil fait constater une papillite bilatérale plus prononcée à droite, ayant les caractères d'une papillite de la méningite tuberculeuse.

La ponction lombaire fut pratiquée alors que la maladie était environ à sa quatrième semaine.

Le liquide céphalo-rachidien, sous forte pression, jaillit et on recueillit 30 cc. de liquide; il était trouble, avait pour densité 1012 et contenait des traces d'albumine, des nombreux lymphocytes, tandis que les leucocytes polynucléaires étaient en tout petit nombre, ce qui exprime la formule cytologique même de la méningite tuberculeuse.

Après la ponction lombaire, il y eut une amélioration fugace, mais 2 ou 3 jours plus tard l'état du malade se releva; puis, il s'achemina vers la guérison, qui fut complète. On garda aussi longtemps qu'on le put, le convalescent en observation ; après sa sortie de l'hôpital, il revint encore se montrer plusieurs fois; de cette façon, on a pu le suivre environ six mois, pendant lesquels la santé recouvrée s'est maintenue parfaite.

H. Barth (2) décrit le cas d'une fillette de 2 ans et 9 mois qui, le neuvième jour d'une rougeole présenta le syndrome complet de la méningite tuberculeuse. L'urine ne contient ni albumine, ni sucre et la recherche de la diazoréaction reste négative. On fait la ponction lombaire et dans le liquide centrifugé, on constate la présence des bacilles tuberculeux. Cette ponction améliora la situation. La fièvre tombe, la respiration, qui avait le type Cheyne-Stockes, se régularisa; les convulsions ne se produisirent plus et l'enfant entre en convalescence. Celle-ci fut très longue et l'enfant ne fut complétement guérie qu'au bout d'un an.

D'après ce que nous voyons dans les cas relatés ci-dessus, la ponction lombaire est un moyen de traitement pour toutes les méningites, tant les séreuses et les cérébro-spinales, que les tuberculeuses.

Mes cas se rapportent à trois méningites tuberculeuses, traitées et guéries complètement par la ponction lombaire.

Le modus faciendi est très facile; d'après les données déjà devenues classiques, on couche le malade, lui donnant la position de chien de fusil et après l'asepsie préalable de la région, on enfonce l'aiguille dans le quatrième espace lombaire ou dans le lombo-sacré. Etant connu que la moelle descend jusqu'à la deuxième vertèbre lombaire chez l'adulte et la troisième chez l'enfant, l'aiguille plonge justement dans le cul-de-sac dural. Les nerfs de la queue ne se lésionnent pas, parce qu'ils flottent dans le liquide et ils fuient devant les instruments piquants. Je me suis servi d'une aiguille ou d'un trocart de l'appareil Potain. La quantité écoulée du liquide fut 10 cc. maximum par séance.

La ponction d'elle-même ne présente aucun danger. Bergonié (3) a démontré qu'on peut même exciter par une électrode active presque directement la moelle, en l'introduisant dans la cavité rachidienne à travers le quatrième espace lombaire. Le liquide rachidien dans la méningite tuberculeuse, limpide au moment de l'évacuation, devient ensuite un peu trouble.

Le bacille de Koch se trouve très souvent sur la lamelle ; nous même nous l'avon

(1) *Riforma Medica*, an. xix, n° 34.
(2) *Münchener Medicin. Wochensch.*, n° 21, 1902.
(3) *Archives d'Electricité Médicale* ; 15 janvier 1903.

décelé une fois dans les trois cas suivants. Les différents auteurs ont présenté différentes statistiques, par exemple Fürbringer 70 0/0, Lenharz 80 0/0, Lichtheim 100 0/0. Quant au temps de l'intervention, il faut qu'il le soit le plus tôt possible. Weil conseille, si l'on veut en obtenir un bénéfice, d'y avoir recours de très bonne heure, car, pour lui, l'un de très grands dangers de l'épanchement est l'ischémie cérébrale, qui joue un certain rôle dans le ramollissement des parois ventriculaires et de la voûte à trois piliers.

Voici maintenant mes trois observations en détail.

Ire *Observation*

Mech. Al. âgé de 9 ans. Le père présente une cécité complète ; la mère saine. Ils ont eu 10 enfants, dont les 7 morts dans le jeune âge, sur la mort desquels on ne peut pas donner des détails. Des survivants, l'aîné a 18 ans, et le plus petit 2 ans. L'enfant jusqu'alors se portait bien, quand, le 20 janvier 1903, subitement fut pris d'une céphalalgie fort intense, en se trouvant à l'école.

J'ai été appelé trois jours après la déclaration de la maladie. Température 39°3, qui se maintint pendant le 4e et le 5e jour de la maladie. L'enfant présente de la photophobie, des vomissements, il a un opisthotonos très déclaré, le ventre en excavation, il pousse des cris aigus. La céphalalgie continue à être intense et la constipation opiniâtre. Pouls filiforme et irrégulier (160 par minute).

Le premier jour de traitement, c'est-à-dire le troisième du commencement de la maladie, j'ai administré du calomel et une potion iodée, dont il n'a pris que 3 cuillerées.

Le quatrième jour je fais une ponction lombaire au quatrième espace. J'ai extrait 10 cc. de liquide limpide, qui, après évaporation, a décelé la présence des bacilles de Koch.

Dès le lendemain de la ponction, tous les phénomènes s'amendèrent, de la sorte que l'enfant, après trois jours, se portait bien. Il y a juste un an depuis lors ; j'ai vu plusieurs fois mon petit client, qui se porte très bien, et qui continue à fréquenter l'école.

II. *Observation*

Georges S., âgé de 15 ans. Parents sains. Le 14 avril 1903 j'ai été appelé pour la première fois voir ce malade qui, depuis une semaine, d'après les dires de ses parents, était indisposé et sans aucun goût pour le travail. Dès le 13 avril, la température s'est élevée brusquement, et l'enfant ne se rendait plus compte de tout ce qu'il faisait. Il a eu des vertiges, qui l'ont fait même tomber de son lit par terre. Vers le soir de la même journée, le délire s'accentue à un tel point, qu'à peine on pouvait le retenir.

Le 14 avril, température matinale 37°6, vespérale 39°. Pouls irrégulier, dépressible (66). Très agité, il pousse des cris aigus de temps en temps. Il fuit la lumière des fenêtres, comme celle de la lampe, en tenant les yeux toujours fermés. Il porte toujours la main sur son front, inconsciemment. Délir actif, vomissements.

15 avril, température 38°5 le matin, 39°2 le soir. Pulsations 104. Opisthotonos, ventre excavé, continuation des vomissements. Ponction lombaire sous chloroformisation, à cause de sa grande excitation. J'ai administré 80 grammes de chloroforme, sans pouvoir obtenir une anesthésie complète.

16 avril, température 37°4 le matin, 37°6 le soir. Pouls 94. Le malade dort un peu, ne divague pas si fort. J'ai répété la ponction mais sans résultat. Pourtant le malade vers

le soir se sent mieux ; il commence à se rendre compte de ce qui se passe autour de lui, et même à parler. Pas de vomissements ni d'opisthothonos, mais un strabisme convergeant. Il demande à manger.

17 avril, température 36°, pulsation 88. L'opisthotonos disparaît entièrement, comme aussi l'excavation du ventre. Il dort bien.

Le 18 avril l'enfant guérit.

III. *Observation*

Valentine M., 1 an 1/2. On l'amène à mon dispensaire le 10 octobre 1903, le quatrième jour de la maladie. L'enfant était jusqu'alors bien portant, quand, tout d'un coup, elle a commencé à vomir et à avoir de la température. On lui administra du calomel. Comme antécédents, rien de précis. Elle est le premier enfant de ses parents sains jusqu'à présent. Dentition tardive. Elle présente tous les symptômes de la méningite tuberculeuse. Ponction lombaire. Je retire 10 cc. de liquide rachidien, clair avec des petits flocons dedans.

11 octobre. L'enfant se trouve un peu mieux, elle ne vomit plus, elle avale quelques cueillerées de lait.

12 octobre. On amène de nouveau l'enfant, mais dans un état désespéré; état comateux, température 36°1. Je fais une seconde ponction en retirant 34 grammes de liquide rachidien. A la suite de cette seconde ponction la malade commence, dans la journé même, à se mouvoir.

13 octobre. Etat amélioré : elle reconnaît ses parents et demande à manger. Elle peut tenir la tête droite et s'accrocher au cou de sa mère.

14 octobre. Elle a de l'appétit.

15-17. L'amélioration alla si vite, que le 19 octobre elle guérit.

Si l'on veut tirer une conclusion de ces trois observations, on peut dire que la guérison de la méningite tuberculeuse n'est pas une chose absolument impossible. Ces cas viennent confirmer les opinions émises déjà par d'autres auteurs ; le temps, qui s'est écoulé depuis leur guérison, peut être considéré comme une garantie certaine de leur guérison définitive.

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THERAPEUTIQUE

Séance du 26 janvier 190

Présidence de M. Mathieu

M. Benjamin, à propos de la *communication sur la saignée* faite par M. Robin à la séance précédente, rappelle qu'en art vétérinaire, où l'emploi de la saignée est beaucoup plus fréquent qu'en médecine humaine, cette méthode thérapeutique rend journellement de grands services dans le traitement d'états infectieux graves.

M. Laumonier présente deux observations à propos du procès-verbal. L'orateur estimait que les injections hypodermiques de glycogène étaient douloureuses : ayant repris ses expériences avec d'autres produits, il a constaté que les douleurs que provoque leur injection sont minimes.

En second lieu, le chiffre de 300 grammes de lait de vache indiqué par M. Barbier pour un enfant de 3 mois dépasse de beaucoup le nombre de calories nécessaire à cet âge. Ce chiffre doit d'ailleurs être erronné, puisque M. Barbier indique 280 grammes pour un enfant de 7 mois.

M. Berlioz lit une note concernant le *terrain tuberculeux*. Il rappelle qu'aujourd'hui, il semble acquis que le tuberculeux présente une élimination diminuée des déchets urinaires, et une augmentation considérable de la consommation d'oxygène et de l'élimination d'acide carbonique. Les échanges urinaires sont diminués, les échanges respiratoires augmentés.

Pour étudier les urines des tuberculeux, il est préférable de ne pas choisir comme types des cachectiques, car les urines sont les mêmes dans toutes les cachexies, quelle qu'en soit la cause. De même, un phtisique entouré de soins intelligents ne donnera pas de chiffres vraiment intéressants. L'orateur a donc examiné de préférence des urines de malades venant se faire soigner dans un dispensaire anti-tuberculeux ; ces derniers continuent à vivre de leur vie ordinaire et les examens risquent ainsi de donner des résultats plus sérieux,

En général, le volume des urines est normal.

La densité varie avec la quantité d'eau absorbée, elle ne donne pas d'indication utile.

Les minéraux sont en quantités à peu près normales dans les trois périodes de la maladie, il n'y a donc pas de déminéralisation chez les phtisiques : il faut, dans les calculs, éliminer le chlorure de sodium, qui n'est pas une substance d'élaboration cellulaire.

Le taux de l'urée est abaissé, le coefficient d'oxydation donne 77 0/0 de la normale.

En résumé, il y a un ralentissement des échanges urinaires et une accélération des échanges respiratoires. Il y a lieu de rechercher si ces deux faits sont subordonnés l'un à l'autre ou indépendants.

Il faudrait voir si, chez des nouveau-nés issus de parents tuberculeux, des échanges respiratoires sont déjà exagérés. Il y a lieu de se demander si l'exagération des échanges respiratoires ne se produit pas dans le but de faire récupérer à l'organisme les calories perdues par l'insuffisance des échanges dont la diminution de certains matériaux urinaires est la démonstration. On devra enfin s'assurer si, quand le malade va mieux, l'exagération les échanges respiratoires diminue.

M. Barbier croit fort important de s'assurer si les malades dont on examine les urines sont encore en bonne santé relative ou cachectiques.

M. Robin croit que tous les arguments tirés des examens urinaires ou respiratoires doivent céder le pas devant le fait suivant. On a analysé, dans son service, *tous les organes* de quatre tuberculeux et d'un homme sain mort accidentellement. Les organes des quatre tuberculeux présentaient une déminéralisation énorme, même les os, et si on ne trouve pas, dans les urines de ces malades trace de cette déminéralisation, c'est que celle-ci s'effectue dans la période prétuberculeuse ; plus tard, les malades ne perdent plus rien parce qu'ils n'ont plus rien à perdre.

Pour faire des études de ce genre, il faut suivre des sujets pendant plusieurs années, prendre des résultats par séries, 100 séries de chaque degré par exemple (100 prétuberculeux, 100 1er degré, 100 du 2e, 100 du 3e). De cette façon, on parviendra à éliminer toutes les causes d'erreur.

Pour les phosphates, par exemple, le chiffre total n'est pas modifié dans la prétuberculose, mais les phosphates terreux sont éliminés en quantités relativement très élevées, les phosphates alcalins en quantités plus faibles que la normale. La chaux et la magnésie combinées au phosphore subissent ainsi un excès d'élimination.

M. Bardet rappelle que les causes d'erreur sont extrêmement nombreuses quand on fait des analyses quotidiennes. L'influence du système nerveux, de l'alimentation, etc., est considérable. Aussi l'orateur conseille-t-il de réunir les urines de huit jours, par exemple, et d'en faire une analyse qui donnera des chiffres corrigés.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies générales non infectieuses et intoxications

Dr CHASSEVENT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Traitement rationnel de l'ostéomalacie (*Arch. latines de méd. et de biologie*, 20 décembre 1903). Robin et Binet ont reconnu chez trois ostéomalaciques des troubles de la nutrition portant sur les échanges respiratoires, les échanges généraux et la composition du sang. La digestion des matières terniaires est très ralentie et celle des matériaux azotés nécessite l'absorption d'une quantité d'oxygène plus grande qu'à l'état normal. La désassimilation calcique est extrêmement augmentée. Plus tard, ce dernier phénomène paraît s'enrayer ; le malade a sans doute perdu tout ce qu'il pouvait perdre.

Chez un ostéomalacique, tout le traitement a été dirigé pendant cinq mois d'après les indications fournies par les modifications des échanges organiques. La maladie s'est arrêtée et les os se sont consolidés ; le sang a repris sa composition nornale. On a procédé de la façon suivante :

Pour améliorer l'assimilation des matières ternaires on a donné du riz, des macaronis, des farineux en purée, et à la fin du repas de la maltine associée au phosphate tribasique de chaux.

Pour favoriser la fonction pancréatique, on a donné du jaborandi à doses fractionnées, une heure après le repas.

Deux heures après le repas, on a prescrit du boldo ou du benzoate de soude pour stimuler la fonction hépatique.

Pour aider à l'assimilation, on surveillera les fonctions de l'intestin et on les régularisera au moyen des cholagogues et du massage abdominal.

On aidera l'oxydation des matières ternaires au moyen de la thyroïdine, des inhalations d'oxygène, des bains d'air comprimé.

Pour augmenter l'oxydation des matières azotées, on donnera des ferrugineux, de la quinine à petites doses, du quinquina.

Pour modérer les déperditions terreuses, on peut utiliser la poudre d'os, dont on favorise l'assimilation à l'aide de fluorure de calcium ou d'ammonium. Les hypophosphites, les glycérophosphates, de préférence en injections sous-cutanées sont de même indiqués.

E. Vogt.

Cas de leucémie splénomégalique guéri par les rayons Rœntgen, par le Dr Senor (*Revista Medica de Sevilla*, 15 novembre 1903). — La malade ne présentait pas d'antécédents héréditaires : comme maladies antérieures, on nota une parotidite, la rougeole et la coqueluche. A l'âge de douze ans, les ganglions du cou s'infectèrent et suppurèrent, ainsi que les deux oreilles moyennes. Maintenant elle est mariée et mère de cinq filles toutes bien portantes.

Il y a à peu près quatorze mois, la malade constata une faiblesse progressive qui s'accentuait au moindre exercice. Trois mois après, le ventre commença à augmenter de volume, et elle se plaignit d'une douleur violente à l'extrémité inférieure du sternum et aux extrémités épiphysaires des os longs. La couleur du visage est jaune pâle.

Par l'examen, on arrive à délimiter une rate énorme commençant à 5 cm. au-dessus de l'ombilic et atteignant le pubis, douloureuse à la pression.

La médication usuelle, pilules de fer, liqueur de Fowler, bromures, etc., ne soulagea pas la malade. Le cas paraissant désespéré, on la soumit aux rayons X. La rate, l'extrémité inférieure du sternum et les extrémités épiphysaires des os longs furent exposées journellement à l'action des rayons X pendant dix à vingt minutes. Au début du traitement par les rayons X, l'examen du sang donnait le résultat suivant : globules rouges, 3.500.000 ; leucocytes, 64.800 ; hémoglobine 56 0/0. La rate commença à diminuer. Trois semaines plus

tard, on notait une diminution notable des manifestations morbides.

F. Berini.

Traitement de la goutte (*Soc. méd. de Berlin*, 6 janv. 04). — Falkenstein, gravement atteint de la goutte pendant 23 ans, est depuis 2 ans entièrement guéri : il fait part à la Société des détails de sa propre observation. L'orateur est convaincu qu'il faut chercher la cause de la goutte dans une sécrétion insuffisante de l'acide chlorhydrique stomacal, due à une modification pathologique de l'appareil glandulaire. Cette théorie pathogénique l'a incité à prendre de l'acide chlorhydrique (50 à 60 gouttes par jour dans de l'eau gazeuse). Le résultat a été remarquable, et s'est confirmé à l'égard d'un autre malade.

Les manifestations accessoires de la diathèse goutteuse (catarrhe bronchique, pharyngite, troubles nerveux, etc.), ont été influencées par le traitement au même degré que les accidents articulaires.

L'orateur estime que le même traitement rend des services dans l'artériosclérose et l'arthrite déformante.

Senator confirme les déclarations de l'orateur au point de vue des faits matériels : il n'a pas d'objection contre la théorie pathogénique de Falkenstein, mais estime que si l'on veut expérimenter le traitement chlorhydrique, il faudra se borner à l'étudier à propos de la goutte, et s'abstenir dans l'artériosclérose et l'arthrite déformante.

E. Vogt.

Le trional dans le diabète, par le Dr Pedro Jaume Matos (*Revista Balear de Ciencias Medicas*, 20 novembre 1903). — Le cas relaté par le Dr P. Jaume est un cas vulgaire de diabète, mais il est curieux à cause de l'effet exercé sur lui par le trional. Le sujet se plaignait en plus de soif, d'amaigrissement, de faiblesse, etc., d'insomnie persistante : l'auteur lui administre des alcalins, de l'opium et des arsenicaux, une diète appropriée, etc. L'amélioration fut peu marquée et l'insomnie persista. A ce moment, on supprima toute médication et on donna 1 gr. 5 de trional en deux prises, matin et soir. Grand soulagement : le malade dit se trouver aussi bien que dans ses meilleurs jours. On retourne à l'ancienne médication et après quelques jours la maladie reprend de plus belle ; la situation devient vraiment alarmante. Vu le résultat anciennement observé, on ordonne à nouveau le trional à titre d'essai. L'amélioration ne se fait pas attendre. Le sucre et les traces d'albumine que contenait l'urine disparaissent complètement et le malade se croit guéri.

L'auteur termine son travail par quelques considérations sur la pathogénie du diabète, qu'il croit toujours d'origine hépatique.

F. Berini.

Régime des diabétiques (*Soc. de méd. interne de Vienne*, 3 décembre 1903). — Kolisch estime que chez le diabétique, la tolérance pour les hydrocarbures dépend moins de la quantité ingérée que de la constitution des autres aliments ; la meilleure alimentation est pour le diabétique celle qui lui permet d'assimiler sans dommage un maximum d'hydrocarbures, et pour atteindre ce maximum, il ne faut pas hésiter à diminuer les albuminoïdes.

Il faut, en conséquence, abandonner le principe qui veut qu'on défende les hydrocarbures : il faut au contraire les recommander, et l'orateur conseille de s'adresser de préférence à la pomme de terre, et de voir quelle est la quantité de ce dernier aliment pouvant sans danger d'augmentation de la glycosurie, remplacer les albuminoïdes dans chaque cas donné.

E. Vogt.

Les courants de haute fréquence et de haute tension dans le traitement du diabète, par A. Halfon (*Il Progresso Medico*. n° 3, 1903). — L'auteur vient d'essayer sur deux diabétiques l'action thérapeutique des courants de haute fréquence et de haute tension (courants de Tesla et de d'Arsonval). L'élimination du glucose ne fut pas du tout influencée favorablement, dans un cas au contraire elle augmenta. L'excrétion de l'urée, devenue plus forte chez un des malades, resta au même taux chez l'autre, alors que le poids des malades diminuait considérablement. Après suspension des applications électriques, la quantité journalière de glucose diminua chez le malade qui avait présenté une élimination plus active pendant le traitement. Ce même malade augmenta de poids.

L'auteur ne remarqua aucune modification du pouls, de la respiration, de la tension artérielle pendant le traitement.

Il conclut, de ces faits, qu'il n'y a pas le moindre avantage à traiter le diabète par ces courants et que cette méthode, qui avait paru donner des résultats excellents, doit être rejetée complètement.

A. L. Percival.

Effets du régime du pain et des fruits sur la pression sanguine, l'hydropisie et l'obésité, par Haig et Oxon (*Medical Record*, 31 octobre

1903). — Ceux qui vivent de pain et de fruit seulement exigent par jour pour l'entretien de leur poids corporel, 2 onces par 10 livres du poids du corps. Une personne qui pèse 104 livres, exigera 21 onces de pain et 7 onces de fruits secs, bien que ceux-ci n'aient pas la même valeur nutritive que le pain. On peut ajouter au besoin une petite quantité de pommes de terre, de légumes ou de fruits frais, suivant la saison. Un repas de cette espèce se composerait de 2 onces de pain grillé, 2 onces de biscuits, 3 onces de pudding, 2 à 3 onces de fruits secs et un peu de légumes et de fruits frais.

Le principal avantage du régime pain et fruit réside dans la suppression du groupe alimentaire, augmentant la pression sanguine en donnant lieu à l'acide urique. Ces aliments toxiques engendrent la céphalée, les névralgies, l'asthme, la maladie de Bright, les hémorragies cérébrales, l'insuffisance cardiaque, l'œdème, l'obésité. Pour faire disparaître ces troubles, il faut abaisser la pression sanguine, ce qui est évidemment impossible avec le régime lacté qui introduit trop de liquide. En abaissant la quantité des liquides à un degré compatible avec le bien-être, en usant de l'alimentation végétale, pain, fruits secs ou frais, on obtient une réduction de la pression sanguine de 160 mm., à 120 mm. au bout de deux semaines, avec une amélioration correspondante dans tous les symptômes toxi-alimentaires. Ce régime est le meilleur à opposer à l'obésité. Il agit à la fois par la réduction de l'acide urique et par la diminution des liquides ingérés.

L. Jumon.

Maladies infectieuses

Dr Lesage

Médecin des hôpitaux.

Sérothérapie de la fièvre typhoïde (*Therap. Monatshefte*, janvier 1904). — Du Mesnil de Rochemont a continué ses essais dont les 6 premiers ont été publiés dans la *Munchen. med. Wochenschrift*, p. 1238 (1903), avec un sérum antityphique fourni par l'Institut serothérapique suisse.

La quantité injectée a été, à chaque fois, de 10 à 20 cc. (injections quotidiennes). Les trois cas cités confirment les conclusions antérieures : la fièvre continue devient vespérale, l'état général s'améliore, mais la durée de la maladie ne paraît pas diminuée, l'action semble simplement antitoxique, et non bactéricide.

L'auteur a fait ensuite des essais avec l'extrait antityphique de Jez : l'action bactéricide ne paraît pas non plus bien marquée, puisque dans un cas, après injection de 800 grammes d'extrait, on retrouvait encore des bacilles dans le sang. En revanche, l'effet sur la courbe thermique est immédiat, pour ainsi dire ; les rémissions se manifestent dès la première injection, mais la durée de la maladie ne paraît pas influencée (nombre des cas traités : 7).

Dans aucun cas, quelque grave qu'il fût, l'extrait de Jez n'a été inefficace ; il n'a jamais causé d'accidents.

Il y a lieu de surveiller spécialement la convalescence, qui est plus longue que dans les cas traités par d'autres méthodes, à cause de l'abaissement prématuré de la courbe thermique.

E. Vogt.

Le traitement de la fièvre typhoïde à Johns Hopkins' hospital, par Thomas Merac (*The Practitionner*, janvier 1904). — Deux obligations s'imposent au médecin dans le traitement de la fièvre typhoïde, l'une est relative au patient, l'autre à la collectivité. Le second point offre une importance extrême pour arrêter la diffusion de la maladie.

L'auteur étudie les principaux points du traitement : le régime, les bains, le traitement général et les complications. Le repos absolu au lit est de rigueur, il ne faut pas permettre au malade de marcher pour aller dans sa baignoire. Le régime est en général très simple, il consiste en lait et en eau albumineuse donnés alternativement toutes les deux heures. On donne fréquemment du petit lait à la place de lait. En général, un adulte prend 120 grammes de lait toutes les quatre heures ; on coupe le lait avec un peu d'eau de chaux ou de bicarbonate de soude. A l'eau albumineuse faite avec un ou deux blancs d'œuf pour 120 grammes d'eau, on ajoute souvent un peu de jus d'orange ou de citron et un peu de sucre. La plupart des malades traversent la période fébrile avec cette seule nourriture. Parfois on est obligé de supprimer le lait, on donne alors simplement de l'eau albumineuse toutes les deux heures. Parfois on a recours au lait bouilli, au lait peptonisé ou au koumys. On pourra également donner, suivant les circonstances, de la crème, du thé ou du café, plus rarement du cacao. En usant d'un régime extrêmement simple on n'a pas à craindre de troubles gastro-intestinaux.

Il est nécessaire de donner au malade une certaine quantité d'eau. A l'hôpital, chaque malade prend un minimum de trois litres de liquide par jour, beaucoup prennent six à sept

litres. Au point de vue de l'alimentation donner plutôt trop peu que trop de nourriture et donner plus d'eau.

Les bains sont employés dans presque tous les cas et dès le début. Le bénéfice de la méthode vient en partie de ce qu'elle est appliquée de bonne heure, même si les symptômes sont bénins; d'ailleurs on ne sait jamais au début si les manifestations ne prendront pas bientôt une certaine gravité. Les bains sont nécessaires parce qu'ils combattent les symptômes du système nerveux, ils diminuent le délire, le tremblement musculaire, la prostration; ils augmentent l'excrétion des toxines en augmentant l'activité sécrétoire des reins. La réduction de la température n'est pas pour l'auteur le principal objectif des bains, ceux-ci n'ont que peu d'influence sur la fièvre pendant la période d'état, plus tard ils abaissent la température de deux à quatre degrés. Le pouls devient plus ferme, la pression sanguine s'élève; la respiration est plus profonde, la bronchite initiale s'amende et on évite les chances de congestion passive. Les troubles digestifs sont rares avec les bains; la peau mieux nettoyée est moins exposée aux escharres et aux furoncles. Enfin la diminution de la mortalité est surtout due aux bains.

Les malades sont baignés dès que la température atteint 39°; on ne donne jamais plus de sept bains par vingt-quatre heures, chaque bain dure quinze à vingt minutes, la température de l'eau varie de 21° à 29°, suivant ce qui convient le mieux au malade. S'il y a du délire, la température du bain est 21°. Pendant le bain on frictionne continuellement le malade. On retire ce dernier s'il se trouve très fatigué, s'il présente une cyanose intense ou du collapsus, des vomissements ou des hémorragies. Les douleurs abdominales, la phlébite, la cholecystite, les hémorragies, une prostration extrême constituent autant de contre-indications.

Si le pouls devient rapide ou faible, l'auteur donne un milligramme de strychnine toutes les quatre heures; mais on ne donne pas de médicament à moins d'indications spéciales. Le malade doit se tenir la bouche dans un état de propreté constante et se rince la bouche avec de l'eau boriquée saturée chaque fois qu'il a pris quelque nourriture.

L'auteur préfère un certain état de constipation, il ne donne pas de purgatifs, mais des injections intestinales. La diarrhée indique qu'il faut restreindre la nourriture et supprimer le lait. On donne du sous-nitrate de bismuth, de lavements d'amidon laudanisés; contre la tympanite, l'auteur emploie la térébenthine intus et extra. L'alcool n'est donné qu'en cas d'indications particulières.

Le malade ne prend en général aucun médicament, pas même des antiseptiques intestinaux; s'il souffre de la tête, on lui donne de petites doses de bromure et de codéine ou d'opium, mais on applique plutôt la vessie de glace sur la tête.

Contre la toxémie on fait de grands lavages intestinaux avec de l'eau salée.

La convalescence exige les soins qui sont connus de tous; quant aux complications il importe de les reconnaître de bonne heure afin de pouvoir intervenir.

L. Jumon.

Sur le traitement de la pustule charbonneuse, par Scuderi (*Gazetta Medica Lombarda*, n° 17, 1903). — L'auteur, qui a eu l'occasion d'étudier et de soigner de nombreux cas de pustule charbonneuse, pense que cette maladie n'est pas aussi grave qu'on le croit habituellement.

L'auteur préfère un traitement très simple, consistant en une simple incision en croix de la pustule suivie d'une cautérisation profonde au nitrate d'argent. Dans la plupart des cas cette intervention suffit : si l'état du malade s'aggrave et qu'on observe des symptômes d'infection généralisée, l'auteur pratique de six à huit injections d'acide phénique à 3 0/0 dans les tissus œdémateux environnant la pustule. Les injections doivent être espacées de 3 à 4 centimètres et doivent être répétées deux à trois fois par jour, le cas échéant. Après trois ou quatre jours de ce traitement la fièvre tombe et le malade guérit rapidement. On emploie une pommade indifférente pour faire détacher l'escharre.

A. L. Percival.

Chirurgie générale

Dr Benoit

Ancien interne des hôpitaux

De la palatoplastie (*Soc. de chir.*, janvier 1904). — MM. Broca et Sébileau sont partisans, en cette matière, de l'opération en *un seul temps*, qui est bénigne, sans crainte d'hémorragie grave et avec de bons résultats phonétiques, à la condition de savoir attendre l'âge de six ou sept ans.

A. Benoit.

Corps étranger bronchique, par M. Walther (*Soc. de chir.*, 30 décembre 1903). — Rapport sur un cas de M. Djémil-Pacha (de Constantinople), ayant trait à un enfant de 6 ans, qui avait avalé un porte-crayon. Huit jours après, crises de suffocation et disparition du murmure vésiculaire du côté droit. La radiographie n'avait pu être faite. Pensant, d'après les symptômes, que le corps étranger était arrêté dans la bronche droite, l'auteur fit une trachéotomie inférieure et découvrit l'objet à 5 centimètres au-dessous de la fourchette sternale. La canule fut retirée le quatrième jour. M. Sébileau conseillerait de préférence, en pareil cas, la suture de la trachée immédiate. M. Walter pense que la canule doit être laissée quelques jours, si la trachée a été assez longtemps irritée.

A. Benoit.

Traitement du goitre simple par les injections intra-glandulaires d'huile iodée, par Dubar (*Le Progrès médical*, 23 janvier 1904). — L'auteur dispose de deux observations; l'huile employée contenait 40 0/0 d'iode et la quantité injectée a été de 1 ccm. par injection, l'aiguille étant enfoncée en plein tissu glandulaire à 1 1/2-2 cm. de profondeur. Les injections ont été faites de 8 jours en 8 jours. Dans les deux cas, la diminution de la glande a été obtenue et l'état général, chez une des deux malades, présentant de la faiblesse musculaire, s'est notablement amélioré. Les goitres ont diminué, l'un de 2 1/2, l'autre de 3 1/2 centim.

Ces injections que l'on a souvent de la peine à faire pénétrer à cause de la résistance des tissus, ne provoquent jamais de réaction douloureuse, ce qui tient sans doute au fait que l'iode est en état de véritable combinaison, et non de simple mélange, dans l'huile iodée.

Quelques nodosités provoquées par les injections se sont rapidement résorbées.

E. Vogt.

Anévrisme cirsoïde du cuir chevelu; extirpation (*Soc. de chir.*, 20 janvier 1904). — M. Letours (de Vannes), ayant à traiter une énorme tumeur occupant toute la région pariétale, d'origine artérielle, put l'enlever en entier, et grâce à une autoplastie, obtint une guérison durable. M. Tuffier a eu un succès de même nature, L'*extirpation* lui semble la méthode de choix. M. Quénu, pour assurer l'hémostase, applique un tube de caoutchouc autour de la tête.

A. Benoit.

Traitement de l'appendicite aiguë, par le Pr Kirmisson (*La Pédiâtrie pratique*, 15 décembre 1903). — Dans une leçon de clinique infantile sur ce sujet, M. Kirmisson distingue trois formes dans lesquelles l'intervention immédiate s'impose, ce sont : la péritonite diffuse avec tendance à la généralisation, la péritonite circonscrite ou l'abcès, puis une forme d'une appréciation plus difficile, c'est la forme septique d'emblée. Dans cette dernière, il n'y a presque pas de retentissement péritonéal, quelquefois pas d'élévation de température, pas de ballonnement du ventre, pas de douleurs. Les malades ne se plaignent guère, et cet état contraste avec l'altération des traits, la teinte subictérique des conjonctives et l'accélération du pouls. C'est dans ces cas qu'on trouve souvent l'appendice sphacelé, nageant librement dans la cavité abdominale, qui ne renferme pas de pus, mais une quantité variable de sérosité louche qu'on a comparée à du bouillon trouble. Avec la majorité des chirurgiens, M. Kirmisson est d'avis que dans le doute on doit opérer ; les inconvénients de l'intervention étant peu de chose, en comparaison du danger qui consiste à ne pas faire à temps une intervention nécessaire.

Il semble indispensable, dans les cas d'appendicite, d'opérer dans la fosse iliaque droite, quitte à faire plus tard des contre-ouvertures multiples. L'avantage est d'opérer en un point aussi rapproché que possible du foyer inflammatoire et de l'appendice. On se rend compte de la situation exacte du foyer par la palpation lorsque le malade est endormi et on se guide sur les résultats qu'elle donne pour faire l'incision. Faire l'hémostase rigoureuse avant l'ouverture du péritoine, absterger soigneusement le pus avec des compresses aseptiques s'il s'écoule aussitôt après l'incision, protéger le reste de la séreuse en circonscrivant le foyer avec des compresses. Aller chercher le cœcum et l'appendice qui peuvent être masqués par des adhérences épiploïques. Sectionner ces adhérences entre deux ligatures, de façon à mettre à découvert l'appendice pour en pratiquer la résection, qui doit être la règle générale dans les cas de péritonite diffuse et dans les formes septiques d'emblée. Il est ensuite nécessaire d'explorer deux régions : la région lombaire droite, où le pus peut s'accumuler en arrière du côlon ascendant, et la cavité pelvienne. Cet examen est d'autant plus nécessaire que, parfois, après évacuation du pus situé autour de l'appendice, on ne voit plus aucun écoulement purulent. On pourrait croire l'opération terminée, et cependant le petit bassin est rempli de pus. Après le nettoyage de ces

régions, s'il y a lieu, il faut pratiquer un drainage minutieux. On place deux gros drains adossés l'un à l'autre, l'un dans la région lombaire, l'autre dans la cavité pelvienne; l'espace intermédiaire est tamponné avec de la gaze iodoformée. La résection de l'appendice n'est pas absolument nécessaire si l'abcès est circonscrit; ce serait même une faute grave que de faire toujours cette résection. On s'exposerait, en effet, à détruire la barrière protectrice formée par les adhérences, et à mettre le foyer appendiculaire en communication avec la grande séreuse péritonéale. Si, après évacuation de l'abcès, l'appendice est facilement découvert, on en pratiquera la résection; si, au contraire, on ne parvient pas à l'apercevoir, on le laissera en place. Cet appendice ne peut devenir, par lui-même, une source de graves dangers, car les matières septiques qu'il fournit resteront confinées dans la cavité de l'abcès. Il peut se produire quelques jours après l'opération une fistule stercorale par suite de la rupture de l'appendice, mais ces fistules aboutissent presque toujours spontanément à la guérison. Si l'écoulement continue, M. Kirmisson pratique la résection ultérieure de cet appendice, à froid, c'est-à-dire dans des conditions beaucoup plus favorables.

L. Jumon.

Prolapsus rectal traité par les injections de paraffine par Steinmann (*Correspond. Blatt. f. Schw Ær.* 1er janvier 1904). — Il s'agit d'un homme de 70 ans atteint d'un prolapsus rectal de quinze centimètres environ de longueur, qui n'était plus réductible depuis longtemps et rendait l'existence impossible au malade en raison de l'incontinence de matières que ce prolapsus entraînait. On n'eut d'abord pas recours aux nombreuses méthodes opératoires employées dans ce but, mais aux injections de paraffine suivant la méthode de Gersuny. Après avoir réduit le prolapsus, on fit, en s'entourant des précautions antiseptiques de rigueur, sans anesthésie, des injections de 200 à 300 cc. de paraffine chauffée un peu au-dessus du point de fusion, tout autour de l'orifice anal, jusqu'à ce que la digue de paraffine ainsi formée fermât d'une façon convenable l'anus.

L'effet de cette intervention assez simple fut la guérison complète du prolapsus qui ne s'est jamais reproduit. Le patient n'a aucune trace d'incontinence, mais des selles absolument normales. La paroi, assez molle après l'injection, s'est fortement contractée dans la suite pour prendre une consistance ferme, ce qui tient probablement à l'infiltration de la paraffine dans le tissu conjonctif. Le danger de la méthode qui résulterait de l'injection directe de la paraffine liquide et qui se traduirait par des accidents d'embolies pulmonaires ou cérébrales s'évite facilement avec quelques précautions et d'après Eckstein serait exclu en se servant d'une paraffine dure.

L. Jumon.

Contribution au traitement de la fissure anale, par Katzenstein (*Therapie der Gegenwart*, décembre 1903). — Le traitement classique de la fissure anale consiste à supprimer par la dilatation forcée la contracture du sphincter qui accompagne la fissure anale; parfois cette fissure fait complètement défaut et on peut obtenir la guérison complète par la dilatation mécanique progressive du sphincter. Katzenstein préfère traiter la fissure elle-même et supprimer ainsi la cause réflexe de la contracture. Partant de cette idée, que la cocaïne insensibilise la fissure, que la belladone à haute dose supprime la contracture, et que l'ichthyol est un agent curatif pour la fissure, il emploie en applications locales le mélange suivant :

Extrait de belladone....	0 gr. 50
Chlorhydrate de cocaïne.	0 gr. 05
Ichthyol.....	6 grammes

Pendant huit à quinze jours, l'auteur introduit dans le rectum avec un petit porte-mèche une très petite mèche trempée dans ce mélange en évitant même le contact direct avec la fissure. Le traitement serait beaucoup plus facilement supporté par les malades et aboutirait à d'excellents résultats : en même temps on ménage davantage les tissus et on calme très rapidement les souffrances des malades.

L. Jumon.

Epiploïte comme complication de la résection de l'épiploon dans les hernies, par le Dr Ortiz de la Torre (*Revista de Medicina y Cirurgia Practicas*, Madrid, 15 novembre 1903). — Cette complication assez fréquente est due sans aucun doute à la grande quantité de matériel de suture qu'il faut employer et abandonner dans le ventre pour lier les nombreux et importants vaisseaux de l'épiploon réséqué.

Le catgut, la soie, etc., le grand nombre d'anses employées dans la suture en chaîne prédisposent à l'infection plus ou moins tardive : il se forme des abcès qui en général ont une grande tendance à s'ouvrir à l'extérieur ou dans une anse intestinale.

Pour éviter ces accidents, on doit employer comme unique hémostase l'angiotripsie minutieuse au moyen de pinces de grande puissance comme celles de Doyen.

F. Bérini.

Les indications de l'extirpation de la rate, par Jordan (*Berlin Klin. Woch*, 28 décembre 1903). — L'auteur a eu l'occasion de pratiquer sept fois la splénectomie. Cette opération devient urgente dans les cas de rupture sous-cutanée de la rate, à la suite d'une chute ou d'un traumatisme. L'opération met un terme à l'hémorragie qui est le symptôme dangereux. Jusqu'à présent on connait plus de trente cas de splénectomie faite avec succès pour des ruptures de la rate.

La hernie de la rate constitue une indication plus rare ; cette hernie se produit généralement à la suite d'une plaie abdominale. On fait la réduction si la rate herniée est intacte. Mais comme il existe souvent alors de petites fissures superficielles, il vaut mieux pratiquer la splénectomie, qui est la règle dans la plupart de ces cas.

Les tumeurs de la rate donnent parfois lieu à l'opération ; les unes sont solides, les autres kystiques, hydatiques ou non. Si le kyste est non parasitaire, uniloculaire, plusieurs méthodes s'offrent qui sont l'incision, la suture, le drainage. On donnera cependant la préférence à la splénectomie si des adhérences étendues ne rendent pas l'opération dangereuse. Le procédé conservateur a l'inconvénient de donner une guérison lente après suppuration et de favoriser la production d'une hernie.

Les kystes hydatiques primitifs de la rate sont très rares. On a le choix ici entre la splénectomie et l'incision et le drainage du sac. Mais en raison de l'incertitude des résultats du drainage dans les kystes hydatiques multiples, l'auteur donne la préférence à la splénectomie par la méthode conservatrice. Les résultats opératoires des kystes de la rate sont très favorables ; car 8 cas de splénectomie pour kystes simples ont tous guéri et sur 17 extirpations de kystes hydatiques, il y a eu seulement deux morts.

Les tumeurs solides primitives de la rate sont rares ; on connait quatre cas de sarcome primitif et un cas d'angiome de la rate opérés par la splénectomie : la guérison eut lieu dans les cinq cas mais il y eut récidive dans un cas de sarcome

Les hyperplasies chroniques de la rate peuvent être l'objet d'une opération ; on les a divisées en leucémique, pseudoleucémique, malariques et idiopathiques. Tous les cas de rate leucémique opérés se sont terminés par la mort ; la leucémie constitue ainsi une contre-indication absolue à l'opération. Il en est de même de la rate pseudo-leucémique.

D'après des observations récentes, la splénectomie est autorisée dans le cas de rate paludéenne : la mortalité opératoire a beaucoup diminué dans ces dernières.

L'opération offrira des chances favorables dans les cas d'hyperplasie simple de la rate se développant en dehors de la leucémie, de la pseudoleucémie, de la malaria, de la syphilis, de l'alcoolisme et se présentant comme affection purement locale. L'extirpation est en général facile, car il n'y a pas d'adhérences. L'auteur a enlevé ainsi avec succès une rate qui pesait quatre kilogr. à un malade âgé de 52 ans ; bien que l'opération ait été très facile, l'opéré succomba néanmoins vingt heures après l'opération à l'asthénie cardiaque et à une hémorragie produite dans la loge de la tumeur. Deux autres cas de splénomégalie ont été opérés avec succès.

Les résultats opératoires excellents obtenus dans l'hyperplasie simple de la rate semblent indiquer qu'il s'agit d'une maladie autonome, primitive et locale. La guérison a été obtenue dans dix cas de cette affection à la suite de l'opération. Dans la maladie de Banti, qui est une combinaison de la splénomégalie avec la cirrhose du foie, la splénectomie a été pratiquée dans 17 cas avec 14 guérisons.

Dans la rate flottante, on a le choix entre la splénectomie et la splenopexie. Si la rate est normale, on est autorisé à pratiquer cette dernière opération, mais souvent la rate est volumineuse et il vaut mieux pratiquer l'extirpation, d'autant plus facile et sans danger que le pédicule est long.

Une indication plus rare de la splénectomie est constituée par la nécrose de l'organe avec suppuration périsplénique, comme cela arrive après les traumatismes, et par les abcès intra-spléniques consécutifs à une infection hématogène.

Jusqu'à présent, les résultats opératoires ont été très heureux, car l'extirpation a réussi dans les sept cas où l'on pratiquée.

L. Jumon.

Traitement par le massage huileux de la péritonite tuberculeuse, par Duncan Turner (*Therapeut. Gaz.*, décembre 1903). — L'auteur a expérimenté le massage avec de l'huile dans la péritonite tuberculeuse des adultes et des enfants, et en a retiré de bons résultats. Chez un garçon de seize ans, traité sans succès depuis un an pour une péritonite tuberculeuse chronique, le massage donna une amélioration immédiate, les nodosités disparurent peu à peu, l'ascite disparut, et la guérison fut complète au bout de six mois. Depuis deux ans qu'il est guéri, ce garçon continue à se bien porter.

Le second cas est celui d'un enfant très émacié, ayant de la diarrhée et les symptômes du tabès mésentérique. Le traitement a consisté à lui donner des petites doses de mercure, de la viande crue, à faire des massages avec de l'huile tous les matins au sortir du bain et à appliquer des compresses d'huile pendant la nuit. Bientôt le malade s'améliora, augmenta de poids et, en quelques mois, tous les symptômes avaient disparu.

Enfin, un dernier cas concerne un adulte atteint de vomissements rebelles, de flatulences et de diarrhée. La maladie avait été jugée comme étant de nature maligne par un autre médecin. Mais dans ses antécédents on relevait des signes de tuberculose, toux et hémoptysies, mais après avoir pris de l'huile de foie de morue il s'était complètement rétabli. Plusieurs années plus tard apparurent des ganglions au cou, puis survinrent des troubles dyspeptiques. L'auteur prescrivit du bismuth, de l'acide chlorhydrique dilué, le repos absolu et de l'huile de foie de morue en frictions sur l'abdomen et des compresses de la même huile la nuit. L'amélioration marcha de jour en jour; au bout d'un mois il avait gagné cinq livres, les vomissements et tous les troubles gastriques avaient cessé. Trois mois plus tard, la guérison était complète et le patient avait gagné onze livres.

L. Jumon.

Appareil pulmonaire
Cœur et Vaisseaux

Dr G. Lyon

Ex-chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Traitement de la pneumonie, particulièrement par le carbonate de créosote, par A. Scott et Ch. Montgomery (*Therapeutic Gazette*, décembre 1903). — Willcox et Van Zandt avaient préconisé le carbonate de créosote dans la pneumonie, et sur 1.130 cas n'avaient eu que 56 décès. A leur tour, les auteurs indiqués dans le titre de ce travail ont expérimenté ce produit dans 74 cas de pneumonie avec une mortalité de 14,9 0/0. Chaque malade adulte a pris toutes les quatre heures 0 gr. 60 à 1 gramme de carbonate de créosote en capsules. Voici les conclusions que les auteurs ont tiré de leurs observations :

Le carbonate de créosote ne cause pas d'irritation de l'estomac; dans aucun cas, il n'y a eu de vomissements ni d'autres troubles de la digestion; on n'a pas noté de troubles du côté des urines. Le degré de toxémie, sauf dans les cas mortels, a été léger; dans les cas traités, les pseudocrises ont été fréquentes, mais sans rapport avec la mortalité. La proportion de la mortalité, quoique assez basse, est encore plus élevée que celle indiquée par d'autres auteurs; elle montre, en tout cas, que le traitement par le carbonate de créosote donne dans la pneumonie des résultats aussi bons que les anciennes méthodes. On pourra, d'ailleurs, augmenter les doses du médicament, tout en surveillant les effets sur la toxémie.

L. Jumon.

La crépitation laryngée signe de tuberculose pulmonaire, par le Dr Remonchamps (*Belgique médic.*, 10 octobre 1903). — Le procédé pour percevoir la crépitation laryngée est le suivant : « le malade étant de préférence debout, le médecin se place en face de lui et l'invite à ouvrir modérément la bouche; puis, mettant sa main droite sur l'épaule gauche du patient et appuyant son pouce gauche sur le menton de ce dernier, il rapproche son oreille gauche de la bouche du sujet et l'y maintient à une distance de 5 à 10 centimètres ».

On perçoit alors une fine crépitation, appelée par l'auteur *laryngée*, parce que son maximum d'intensité est dans le larynx, et que l'on peut comparer au bruit d'une plume qui gratte le papier.

Cette crépitation, qui n'est perçue que dans les cas de tuberculose pulmonaire, suit, dans son intensité, les périodes d'aggravation ou de diminution de l'affection pulmonaire.

Parfois, on l'entend à distance, lorsque, dans le cours d'une conversation, le malade fait une inspiration.

Grâce à ce signe, on peut poser le diagnostic de phtisie au début, avant tout examen local.

Les bruits pulmonaires renforcés par le larynx et la bouche s'observent aussi dans la pneumonie franche, l'œdème pulmonaire, la congestion pulmonaire. Dans la bronchite, les râles ronflants et sibilants donnent aussi lieu à un bruit buccal qu'il est facile de distinguer de la crépitation; dans la bronchite du sommet, on peut percevoir le bruit laryngé qui s'accompagne de râles ronflants ou sibilants.

Aussi, l'auteur est convaincu par l'expérience que la crépitation laryngée permanente est caractéristique de la tuberculose pulmonaire et que l'absence de ce signe, lorsque l'examen reste douteux, permet de rejeter le diagnostic de tuberculose. Un tuberculeux, regardé comme

guéri, ne l'est réellement que si la crépitation laryngée a disparu complètement.

A. Courtade.

Traitement physico-thérapique de la tuberculose, par le Dr Diaz de la Quintana (*Communication au Congrès de Madrid*). — Voici les conclusions de l'auteur ;

1° Parmi tous les traitements connus jusqu'aujourd'hui, le traitement physico-thérapique est celui qui offre le plus de garanties aux tuberculeux ;

2° Ce traitement physique se basera sur des moyens naturels et artificiels, combinés ou isolés ;

3° Parmi les moyens naturels on emploiera dans tous les cas la lumière et l'air, les deux dans les meilleurs conditions possibles, parmi les moyens artificiels, la chaleur, l'eau, le mouvement et l'électricité, seront administrés suivant les indications ;

4° Quand la lumière et l'air naturels ne pourront être employés (contre indication de température, impureté), on emploiera les artificiels (bains de lumière, inhalations), sans dépasser les limites de la tolérance individuelle, qui varie avec les malades ;

5° Comme lumière, on aura soin : *a*) d'employer les rayons électriques (bleus, violets, ultra-violets), de préférence aux autres, à cause de leur action microbicide, antiseptique et analgésique, *b*) dans quelques cas et comme complément, on utilisera les rayons rouges dont l'action est tonique, pénétrante et excitante.

A propos de l'air artificiel : *a*) On donnera la préférence à l'électro-atmiatrie sur n'importe quel autre système d'inhalations, car l'électricité en traversant l'air, agit sur l'oxygène, le condense, et cette ozonisation est un élément curatif vivifiant ; *b*) on utilisera cet air ozonisé comme base de toute inhalation médicamenteuse, quelle que soit la substance chimique employée, gaïacol, iode, créosote, acide cinnamique, etc. ; *c*). On s'abstiendra d'inhalations de vapeurs azotées, car, contrairement à ce que l'on croit généralement l'azote soustrait de l'énergie à l'organisme. Les inhalations d'eaux azotées n'agissent que grâce au climat, à l'altitude, à la suggestion ;

6° On recommandera les mouvements actifs et passifs, depuis le plus fatigant (ascensions) jusqu'au plus agréable en étudiant les résistances individuelles ;

7° L'hydrothérapie dans la tuberculose est une nécessité ; prudemment maniée, elle facilitera la transpiration, entretiendra sa propreté et le sujet s'habituera à résister aux variations de température ;

8° Le rayon bleu étant microbicide, toutes ses différentes formes seront utilisables dans le traitement de la tuberculose (effluvation électro-statique, chromothérapie ultra-violette, rayons X), mais l'effluvation électro-statique sera préférée en général, car en plus de l'effet déjà cité, elle en produit d'autres très appréciables ;

9° L'importance des facteurs de la lutte antituberculeuse est en ordre décroissant : 1° L'action gouvernementale ; 2° l'hygiène ; 3° les agents physiques ; 5° les traitements pharmacologiques.

F. Berini.

Maladies vénériennes
Maladies de la Peau

Dr Morel-Lavallée

Médecin des Hôpitaux.

Le traitement médicamenteux dans les maladies de la peau, par Leredde (*Rev. prat. des mal. cutanées*, 1er décembre 1903). — *Médication laxative.* — Il convient souvent, dans les dermatoses à évolution chronique, d'employer simplement des laxatifs de manière à entretenir la liberté des fonctions digestives, à réduire les fermentations qui se font dans le tube intestinal. On variera les agents employés de manière à éviter l'accoutumance ; les lavements, surtout les grands lavages de l'intestin avec une sonde molle introduite jusque dans l'S iliaque, permettent souvent d'éviter l'emploi trop prolongé des laxatifs.

Médication diurétique et sudorifique. — Les benzoates de soude et d'ammoniaque, aux doses de 0 gr. 50 à 2 grammes sont des agents diurétiques. On emploie, au même titre, le nitrate de potasse (0 gr. 50 à 2 gr.) l'acétate de soude (1 à 2 gr.), les sels de lithine, en particulier le benzoate (0 gr. 50 à 2 gr.), le lycétol (0 gr. 50 à 2 gr.), la digitale (extrait alcoolique 0 gr. 05 à 0 gr. 20, teinture alcoolique X à XL gouttes, macération de feuilles 0 gr. 10 à 0 gr. 60), la scille (extrait alcoolique 0 gr. 02 à 0 gr. 20, poudre 0 gr. 10 à 0 gr 30, oxymel scillitique 20 à 30 gr.), la colchique (poudre 0 gr. 05 à 0 gr. 30, alcoolature de bulbes 2 à 5 gr., tein-

ture de semences XX à LX gouttes par jour; granules de colchicine à un milligramme, 4 à 6 par jour).

On agira aussi simplement sur la diurèse, par des tisanes de bourrache, de chiendent, de queues de cerises. Le lactose aux doses de 20 à 60 grammes augmente l'excrétion urinaire sans présenter aucun inconvénient pour l'organisme.

Il est parfois utile de provoquer des sudations, dans les dermatoses, en prescrivant simplement au malade de se coucher et d'absorber des boissons chaudes.

Le nitrate et le chlorhydrate de pilocarpine se prescrivent en pilules ou en injections aux doses quotidiennes de 0 gr. 005 à 0 gr. 08. Le sirop de jaborandi du Codex contient 50 centigrammes de feuilles par cuillerée à bouche; on peut prescrire une ou deux cuillerées par jour.

De tous les agents employés en dermatologie pour le traitement interne, aucun ne l'est plus que l'arsenic; il est, cependant, loin de convenir à tous les cas de maladies de la peau; et ses indications doivent être précisées.

Il est d'une utilité incontestable :

1° Dans les lymphadénies, le mycosis fongoïde (injections de cacodylate à hautes doses);

2° Dans la sarcomatose cutanée.

Il est indiqué dans le lichen plan, sauf dans les formes aiguës érythrodermiques, dans les affections hyperkératosiques limitées, eczémas secs, lichen circonscrit, psoriasis rebelles.

Il y aura lieu de l'utiliser chez les lupiques, les malades atteints de toutes les formes de tuberculose, les anémiques, les débilités, les asthéniques.

La médication arsenicale est contre-indiquée chez les malades qui présentent des accidents cutanée aigus de tout ordre.

Le fer et ses composés sont peu employés par les dermatologistes.

Parmi les malades atteints de maladies cutanées, un certain nombre présentent des troubles de l'équilibre nerveux; les agents les plus employés chez eux sont aujourd'hui les phosphates, les glycéro-phosphates, les lécithines, l'acide phosphorique.

D'autres agents ont une action sédative générale sur le système nerveux, en particulier les préparations de valériane, de musc, d'asa fœtida, de camphre.

Les moyens physiques sont du reste préférables tels que l'hydrothérapie, et surtout la vie dans un climat d'altitude moyenne (600 à 1.500 mètres), tempéré, ensoleillé et sec.

Des indications thérapeutiques particulières se rencontrent chez les malades atteints de prurit, aigu ou chronique. Les bromures, la valériane et les valérianates, peuvent être utilisés, de même que toute la série des hypnotiques, sulfonal, trional, chloral. On se méfiera de ce dernier agent qui provoque assez souvent des éruptions cutanées. On emploiera également d'une manière réservée les analgésiques, surtout l'antipyrine, le plus connu de tous : comme le chloral, plus souvent même, elle peut provoquer des éruptions, ou exagérer les éruptions existantes. On l'emploie aux doses quotidiennes de 0 gr. 50 à 1 gr. 50. Parmi les autres analgésiques fréquemment utilisés, il faut citer la phénacétine (1 à 2 gr.), le pyramidon (0 gr. 30 à 1 gr.), le citrophène (0 gr. 30 à 0 gr. 50).

Les analgésiques doivent être employés par doses fractionnées.

La belladone et l'atropine sont souvent prescrites chez les prurigineux, en raison de leur action narcotique.

La belladone et l'atropine diminuent les sécrétions cutanées. On peut utiliser ces propriétés chez les hyperidrosiques, les malades présentant des lésions des plis cutanés.

L'acide phénique a été employé chez les prurigineux, aux doses quotidiennes de 0 gr. 20 à 0 gr. 50.

Quelques médicaments sont employés dans les processus congestifs de la peau. Dans les inflammations aiguës et intenses, on se sert surtout d'ergot de seigle et d'ergotine.

L'*hamamelis virginica* est prescrit chez des individus qui présentent de la paresse circulatoire, en particulier dans l'acné rosée. On emploie l'extrait fluide aux doses de XX à XXX gouttes par jour, la teinture alcoolique de feuilles ou d'écorces aux doses de 0 gr. 20 à 1 gramme par jour, l'extrait sec en pilules, de 0 gr. 05 à 0 gr. 20.

E. Vogt.

Céphalée syphilitique et ponction lombaire, par G. Milian, (*Tribune Médicale*) n° 22, p. 341, 1903). — La céphalée chez les syphilitiques peut être de nature et de cause variables : Il y a d'abord la céphalée secondaire contemporaine de la roséole, regardée par la plupart des auteurs comme purement fonctionnelle et guérissant par le traitement; la céphalée syphilitique, la céphalée neurasthénique, la céphalée prémonitoire ou contemporaine d'une syphilis cérébrale (artérite, gomme, méningite), la céphalée névralgique où la douleur est propagée le long des branches du trijumeau, de la branche ophtalmique en particulier.

La clinique permet souvent de distinguer ces différentes variétés, mais souvent aussi elle est

impuissante à les classer et la ponction lombaire est d'un grand secours en l'occurence ; elle prouve la nature organique de céphalées qui cliniquement avaient paru fonctionnelles, hystérique ou neurasténique.

Dans 6 cas de céphalée contemporaine de la roséole, Milian n'a jamais trouvé de lymphocytose ; le fait constant et positif est l'hypertension du liquide céphalo-rachidien ; il est probable que la céphalée relève de cette hypertension et de la compression cérébrale qui en résulte.

Dans quatre cas de céphalées secondo-tertiaires (survenues un an, deux ans, trois ans après le chancre) et présentant les caractères habituels de la céphalée syphilitique : intensité, exacerbation nocturne, résistance aux médicaments antinervins, il existait une réaction méningée lymphocytaire marquée ou même abondante, ce qui en dénote bien la nature organique.

Dans quatre cas de céphalées tertiaires, il y avait leucocytose abondante : or ces céphalées peuvent revêtir d'une manière absolue le masque de la céphalée hystérique ou le masque de la céphalée neurasthénique. D'autre part, il est parmi ces céphalées de véritables céphalées méningitiques qui traduisent une véritable méningite syphilitique aiguë ou subaiguë. Il s'agit de sujets atteints d'une céphalée très violente, à siège sus-orbitaire ou bi-temporal ou occipital, empêchant tout sommeil. Le malade a des vertiges, des étourdissements, perd la mémoire, a du délire surtout nocturne. Il a des nausées ou des vomissements, et est constipé ; les réflexes tendineux sont exagérés. Ces accidents peuvent durer plusieurs semaines, guérir spontanément pour récidiver quelques semaines plus tard. La guérison survient rapidement, sous l'influence du traitement mercuriel intensif. Le liquide céphalo-rachidien n'est plus limpide, mais opalescent. Il y flotte de petits filaments fibrineux. On y trouve des polynucléaires et des lymphocytes en nombre à peu près égal.

Absence de réactions lymphocytaires constatée dans deux cas de céphalée hystérique et neurasthénique chez des syphilitiques.

En résumé, la ponction lombaire est un élément précieux de diagnostic de la nature des céphalées observées chez les syphilitiques : toutefois, il faut se souvenir, avant de tirer des conclusions des réactions méningées observées, que les éruptions cutanées de la période secondaire s'en accompagnent volontiers, alors même qu'il n'y a pas de phénomènes morbides nerveux appréciables cliniquement (Ravaut). Cela prouve que l'infection syphilitique est, à ce moment, générale et envahit tous les viscères, mais, dès lors, cette lymphocytose perd toute importance pour l'interprétation d'une céphalée.

La ponction lombaire conserve, au contraire, toute sa valeur à la période tertiaire.

G. Lyon.

Maladies des Voies urinaires

Dr CHEVALIER,

Chirurgien des hôpitaux,

Ancien Chef de clinique de la Faculté

Valeur de l'ichthargan dans le traitement de la blennorrhagie (*Gazz. Medica Lombarda*, 27 mars 1903). — Parmi les différents composés organiques d'argent proposés pour le traitement de la blennorrhagie, il faut citer l'ichthargan.

M. Pelagatti ne lui reconnaît aucun avantage sur les autres dérivés de l'argent employés jusqu'à présent. Il a traité avec l'ichthargan, 91 malades atteints de blennorrhagie plus ou moins rebelle avec localisations différentes, mais il n'a pas eu à se louer de son emploi : l'ichthargan a tous les défauts des sels d'argent, sans avoir les avantages dont certains autres jouissent.

A.-L. Percival.

Le rhumatisme blennorragique ; ses diverses formes et leur traitement, par Renault (*Bulletin médical*, n° 79, p. 829, 1903. — Comme médicaments internes on peut employer le salicylate de soude 4 à 6 gr. par jour qui, quoi qu'on ait dit, peut rendre quelques services. Le salophène, l'asaprol, le bleu de méthylène sont à peu près inefficaces. Le traitement mercuriel serait utile lorsque le rhumatisme blennorragique frappe un syphilitique.

Le traitement local consiste dans l'immobilisation et la compression ouatée. Plus tard, bains généraux, particulièrement les bains sulfureux, pris quotidiennement. Il faut signaler les bons effets du bain térébenthiné :

Emulsion de savon noir et d'essence de térébenthine. 100 gr. pour un grand bain. Plus tard on peut porter la dose jusqu'à 300 et 400 gr. Pour un bain local, 50 gr suffisent.

Le bain térébenthiné rendra surtout des services dans le rhumatisme subaigu-circonscrit. C'est aussi dans ces cas-là qu'on pourra employer les pointes de feu, les douches de vapeur et les douches sulfureuses, enfin les bains d'air chaud, administrés avec l'appareil de Tallermann, où la température peut être portée à 130, 150, voire même à 200°.

Dans la polyarthrite déformante, mêmes moyens : massage, bains divers, douches, électrisation des muscles atrophiés. On peut employer les injections sous-cutanées de liquide de Gram, employées par Lallier et le Dr Steg :

Iode métallique.....	1	gramme.
Iodure de potassium....	2	—
Eau.....	100	—

On fait des injections quotidiennes en commençant par 1 cc. et en augmentant progressivement jusqu'à 3 et 4 cc.

On peut aussi, d'autre part, donner à l'intérieur, la teinture d'iode à la dose de 10 à 20 gouttes chaque jour, en deux fois, dans une tasse de lait ou de l'eau sucrée ; l'iodure de potassium à la dose de 3 à 5 gr. par jour.

On peut recommander une saison à Aix en Savoie, à Bagnères-de-Luchon ou à Barèges.

Les phlegmasies des gaines tendineuses et des bourses séreuses sont justiciables également de l'immobilisation et du pansement ouaté, au moins pendant l'état aigu. Plus tard, badigeonnages de teinture d'iode, vésicatoire, pointes de feu, douches et bains d'air chaud.

Dans certains cas, le rhumatisme talonnier a une ténacité désespérante qui oblige parfois à l'intervention chirurgicale, à l'extirpation de la bourse séreuse sous-calcanéenne.

Quant à la blennorragie concomitante, il ne faut pas hésiter à la traiter par les moyens appropriés, qu'elle soit à l'état aigu ou chronique.

Enfin on mettra en garde le malade contre une réinfection blennorragique, car le rhumatisme se reproduit à chaque atteinte nouvelle ; de plus, le malade devra se mettre à l'abri des causes prédisposantes : fatigues, refroidissements, divers traumatismes.

G. Lyon.

Remarques sur le traitement des maladies des reins par W. Syers (*Treatment*, déc. 1908). — L'auteur croit d'abord qu'on parle trop souvent du traitement de la néphrite aiguë comme étant complètement distincte de la forme chronique. Bien souvent, en effet, les cas aigus ne sont que des exacerbations d'une maladie chronique qui a passé inaperçue. La véritable néphrite aiguë s'observe surtout chez les enfants à la suite de la scarlatine ou de la diphtérie. D'un autre côté dans tout mal de Bright, le rein est intéressé dans toute sa structure, l'épithélium des vaisseaux, le tissu conjonctif, mais à un degré plus ou moins prononcé pour chaque élément. Il n'existe pas de médicament capable de supprimer le tissu conjonctif enflammé chroniquement, ni de restaurer l'épithélium ou les vaisseaux atteints. Il n'est donc pas rationnel d'attacher beaucoup d'importance à l'emploi des médicaments, sauf à ceux qui peuvent accroître l'activité des organes pouvant suppléer les reins dans leurs fonctions, et à ce point de vue on peut s'adresser à deux systèmes, la peau et les intestins. Stimuler les fonctions de la peau et des intestins semble la seule méthode rationnelle de traitement. Mais il n'est pas toujours facile de solliciter ces fonctions vicariantes. Le bain d'air chaud est un moyen populaire pour stimuler la fonction cutanée, mais il peut être dangereux et dans quelques cas il a déterminé une hémorragie cérébrale. On peut éviter ces accidents en examinant soigneusement l'état des artères avant de prescrire le bain. Si on constate l'athérome on ne prescrira que le bain tiède ordinaire.

Un autre danger du bain d'air chaud est la syncope, ce qui n'est pas très rare dans les cas où la compensation du cœur rénal est défaillante. Une autre méthode de stimuler la fonction cutanée consiste dans l'injection sous-cutanée de pilocarpine. C'est là un médicament dangereux qui doit être rayé de la liste de ceux qui sont employés dans les affections rénales. Sous l'action de la pilocarpine, il se produit souvent une dépression considérable du cœur chez le brightique. D'autre part, les sueurs profuses provoquent un état de collapsus. S'il existe de la bronchite aiguë ou chronique, ce qui est souvent le cas, la pilocarpine peut entraîner une hypersécrétion bronchique intense qui peut être dangereuse pour l'existence. Enfin dans les cas où l'usage de ce médicament n'entraîne pas d'inconvénient sérieux, la situation du patient ne s'en trouve pas améliorée, ni au point de vue de l'albuminurie, ni au point de vue de la diurèse.

Dans les formes aiguës de la néphrite, le patient doit garder le lit et être légèrement purgé avec des purgatifs salins. S'il survient des symptômes d'urémie, les drastiques sont indiqués ; dans la néphrite chronique, il est nécessaire de donner un peu d'eau laxative deux ou trois fois par semaine. Le lait seul est permis lorsque la maladie est aiguë et que l'urine est teintée de sang et chargée d'albumine. Si le malade ne supporte pas le lait, on ajoute de

l'eau de chaux ou on donne du petit lait, ou encore du Koumys.

Dans les stades chroniques, le régime doit être mixte et comporter en dehors du lait une certaine quantité de protéides, de corps gras et d'hydrates de carbone. L'alcool doit être absolument proscrit, surtout à cause de son action sur le foie, dont il importe de sauvegarder toutes les fonctions.

Puis l'alcool aggrave la tendance à la dégénérescence des artères.

Enfin l'auteur insiste sur le choix d'un climat convenable; il faut choisir un climat sec, doux, comme l'Egypte peut en offrir un au Caire. La sécheresse de l'air stimule la fonction de la peau et écarte les risque de bronchite ou de complication thoracique.

L. Jumon.

Traitement de l'albuminurie cyclique, par Hauser (*Berliner Wo Klin chensch.*, 14 décembre 1903). — Le traitement de l'albuminurie cyclique ou orthostatique est considéré par la plupart des auteurs comme étant nul; Hauser s'élève contre cette manière de voir. Comme on n'a obtenu aucune influence favorable par les diurétiques et le diaphorétiques, ni par le régime lacté, on a recommandé en raison de l'anémie et de la faiblesse dont sont le plus souvent atteint les sujets, un régime reconstituant au point de vue général.

Bien que Hauser ait pu se convaincre de l'inutilité des prescriptions diététiques seules, il croit cependant qu'il est très utile de commencer le traitement par une cure de repos et de prohiber tous les aliments qui peuvent avoir une acion instante sur les reins. Il faut ainsi proscrire absolument les épices, l'alcool, les viandes fumées, salées et marinées, puis mettre les patients pendant longtemps au régime lacté exclusif et au régime végétal. Cette alimentation a non seulement sa raison physiologique pour les enfants, mais elle réussit très bien, car les sujets augmentant de poids, ont un meilleur état général et ne se plaignent plus de troubles subjectifs.

C'est seulement lorsque l'urine n'a pas présenté d'albumine pendant plusieurs semaines que l'on passe aux œufs, puis d'abord à la viande blanche bouillie, puis rôtie.

Il ne faut pas restreindre l'apport des boissons, cette diète sèche est un sujet de tourments pour les enfants et d'autre part l'urine rare et concentrée contient relativement plus d'albumine et plus fréquemment.

Les procédés diaphorétiques énergiques n'ont aucune influence, ils peuvent aggraver la maladie. Les malades se trouvent bien encore de boire une eau alcaline, Evian, Vichy, bien que les alcalins n'aient pas d'influence particulière sur cette variété d'albumine.

Il semble avantageux aussi de stimuler la diurèse et de produire un lavage des reins abondant.

Le point capital du traitement de Hauser, que ce dernier a mis en pratique avec succès depuis dix ans, consiste dans l'entrainement systématique des reins, dans l'accoutumance au travail corporel qui habituellement réagit d'une façon si caractéristique sur l'albuminurie.

Lorsque l'urine est restée au moins pendant huit jours dépourvue d'albumine, sous l'influence du repos et du régime, le patient quitte d'abord le lit et s'étend pendant le jour sur une chaise-longue et finalement reste assis sur un siège. S'il n'y a pas d'albuminurie, ce qui a lieu en général, le patient marche d'abord dans sa chambre, puis fait des exercices en montant les escaliers, se promène dehors et fait des courses de plus en plus longues. Pendant le traitement au lit et à la chambre, le patient peut agir des mains et des bras, ce qui n'a pas d'influence sur l'albuminurie; on doit aussi, autant que possible, aérer la chambre.

Si l'albuminurie survient, on réduit le travail corporel pendant un certain temps pour reprendre ensuite l'entraînement. Dans la plupart des cas, ce traitement a procuré la guérison complète de l'albuminurie orthostatique dans les cas même où le symptôme avait persisté pendant des années et résisté à tout traitement.

Il faut se rappeler que les efforts intellectuels, les émotions, la menstruation exercent une action défavorable sur l'albuminurie; il en est de même de la constipation.

L. Jumon.

Pédiatrie

Dr E. THIERCELIN

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine.

Cautérisations locales dans la diphtérie (*Therap. Monatshefte*, janv. 1904). — Hecker procède de la façon suivante: avec un tampon d'ouate recouvert de gaze, gros comme une cerise, il badigeonne l'amygdale avec une solution de cocaïne à 10 0/0. Puis, avec un autre tampon imbibé d'une solution de chlorure de zinc à 50 0/0 (*sic*), puis exprimé, il fait une friction énergique sur les amygdales. L'enfant est entièrement enroulé dans une couverture et de cette façon immobilisé. Le premier badigeon-

nage est immédiatement suivi de deux autres, faits avec deux autres tampons préparés à l'avance.

Le lendemain de l'intervention, qui est peu douloureuse, la région est recouverte d'une escharre qui tombe au bout de 3 à 4 jours.

Dans tous les cas de diphtérie ainsi traités, la défervescence de la courbe thermique et l'amélioration de l'état général ont été rapides. Les examens bactériologiques ont toujours révélé la présence du bacille de Lœffler.

E. Vogt.

Traitement du croup, par Marfan (*Bulletin médical*, n° 100, p. 1079, 03. — Aujourd'hui la mortalité globale du croup n'atteint pas 25 0/0; ce changement est dû avant tout à l'emploi du sérum et, pour une certaine part aussi, à la substitution de plus en plus générale de l'intubation à la trachéotomie.

Dès que l'existence du croup est certaine ou seulement probable, il faut injecter du sérum.

Lorsqu'il s'agit d'un croup consécutif à une angine diphtérique, auquel cas le diagnostic ne laisse aucun doute, deux circonstances peuvent se présenter : 1° si l'angine a déjà été reconnue et traitée par le sérum à des doses suffisantes, il n'y a lieu de refaire une injection que si les symptômes du croup sont apparus tardivement; alors, en effet, il est probable que l'immunisation de l'organisme a été incomplète ; 2° si, quand on constate l'existence concomitante de l'angine et du croup, il n'a pas encore été fait d'injection de sérum, il faut en injecter d'abord une dose assez élevée (20 à 30 cc.) et renouveler l'injection douze à vingt-quatre heures après : par la suite on dérogera suivant les caractères et la marche de la maladie.

Lorsqu'il s'agit d'un croup d'emblée, dès que le diagnostic sera seulement probable, il faudra injecter du sérum ; puis on attendra, en surveillant le sujet, que l'examen bactériologique ou l'évolution révèle la nature de la maladie.

La généralisation de cette pratique est destinée à réduire à un chiffre minime le nombre des interventions par le tubage ou la trachéotomie. Dans les classes aisées où les enfants sont surveillés attentivement et inoculés sans délai, on n'a presque plus à intervenir.

Les injections préventives ont supprimé la diphtérie dans les salles d'hôpital consacrées au traitement de la rougeole.

Il va sans dire que l'ancienne coutume d'administrer un vomitif au début du croup doit être proscrite.

Le vomitif, sans action sur la dyspnée, détermine souvent une dépression très marquée, surtout chez les jeunes enfants débiles.

La médication antispasmodique n'a pas, de son côté, d'effets bien marqués sur le spasme, qui joue cependant un rôle important dans la dyspnée du croup. L'insuffisance de la codéine, de la valériane, des bromures, de l'antipyrine est habituelle, ce qui tient sans doute, à ce que l'on devrait, pour vaincre le spasme, employer ces médicaments à des doses très élevées, presque toxiques. Toutefois, avant le tubage, chez les enfants nerveux, les antispasmodiques pourront rendre des services. Marfan prescrit :

Julep gommeux.....	45 grammes
Sirop de codéine.....	15 —
Bromure de sodium....	1
Pyramidon.....	0 gr. 30

pour un enfant de 5 à 6 ans, la moitié de la potion en 24 h.

Les applications externes agissent mieux sur la dyspnée que les antispasmodiques : cravate de tarlatane imbibée d'eau très chaude et renouvelée toutes les 2 ou 3 minutes ; enveloppement du thorax avec la compresse mouillée recouverte de taffetas gommé ; atmosphère de vapeur. Les inhalations d'oxygène peuvent rendre des services dans les mêmes conditions.

A quel moment intervenir? A la période d'asphyxie, dans tous les cas. Quand on peut choisir son moment, on peut prendre pour règle celle-ci : *lorsque le tirage est intense et que, depuis environ une heure, il subsiste très marqué, sans aucun répit, il faut intervenir.* Le tirage intense et permanent est donc le véritable phénomène. On peut attendre un peu, si le sujet a reçu une injection depuis plus d'une trentaine d'heures, si le pouls reste bon ; s'il s'agit d'un enfant âgé de plus six ans parce qu'à cet âge la glotte est plus large, le spasme moins facile...

A côté de cette grande indication : le tirage permanent, on doit opérer quand, avant l'établissement de la dyspnée continue, il se produit des *accès de suffocation violents et prolongés*, surtout si le sujet est très jeune, si le pouls est faible, si le sérum n'a pas été injecté depuis une trentaine d'heures ; ou si, le sérum agissant, la fausse membrane décollée n'est pas immédiatement rejetée, mais au contraire bouche le larynx.

G. Lyon.

La coqueluche, par Méry (*Journal des Praticiens*, n° 50, p. 791, 1903). — Les meilleurs remèdes sont : 1° la belladone ; 2° l'antipyrine ; 3° le bromoforme.

La belladone, préconisée par Hufeland, peut se prescrire en poudre, en gouttes, en pilules:

Poudre de racines de belladone.....	0 gr. 05
Sucre en poudre....	4 grammes

Divisez en 8 paquets, 2 par jour.

Teinture de belladone.....	ãã PE
Alcoolature de racines d'aconit.....	
Teinture de drosera	

20 à 40 gouttes, dans les 24 heures.

La teinture de belladone se donne à raison de 2 gouttes toutes les quatre heures chez un enfant de un an, soit environ 5 à 6 gouttes par jour. La dose de 5 gouttes, en moyenne, par année d'âge, est communément adoptée. Mêmes doses à peu près pour l'alcoolature de racines d'aconit (X gouttes à un enfant de 2 ans (Comby).

L'antipyrine s'ordonne à raison de 0 gr. 50 par année d'âge jusqu'à 5 ans.

Le bromoforme peut être suivi d'accidents; il convient de ne pas l'ordonner avant l'âge de 3 ou 4 ans :

Bromoforme.....	XLVIII gouttes
Huile d'amandes douces.....	ãã 15 grammes
Gomme arabique...	

Eau distillée qs pour 12 cc.

1 cuillerée à café correspond à 2 gouttes. On peut donner 4 gouttes par année d'âge en commençant vers 4 ans. Ne pas dépasser XXX gouttes dans les 24 heures.

On peut aussi formuler :

Bromoforme.....	XLVIII gouttes
Alcool à 70°.....	10 grammes
Eau de laurier-cerise.	4 —

Eau distillée, qs pour 120 cc.

L'oxymel scillitique est utile, quand il y a concomitance de catarrhe bronchique ; 4 à 5 cuillerées à café au-dessous de 3 ans, 6 cuillerées à café au-dessus. L'ipéca comme vomitif peut rendre des services dans les cas de bronchite: le chlorhydrate de quinine peut être employé en suppositoires comme déconges-tionnant bronchique.

Les médications nasale et pharyngée sont peu actives ; on se bornera à introduire dans le nez de la vaseline mentholée ou boriquée.

G. Lyon.

Sur le traitement de la paralysie infantile par Alex Wiener (*Medical Record*, 7 nov. 1903). — L'auteur prétend que la paralysie infantile s'améliore spontanément dans les quatre premiers mois qui suivent l'attaque. Depuis le développement de la paralysie jusqu'à neuf mois plus tard, il est indiqué d'employer l'électricité, les bains, le massage et la gymnastique. Le traitement prévient la dégénérescence graisseuse des muscles qui ne sont que légèrement atteints et qui par une stimulation bien faite récupèrent habituellement leur tonus. Neuf mois après le début toute tentative thérapeutique devient nécessairement inutile. De bons résultats fonctionnels ont été obtenus par un bandage qui assiste les muscles parésiés du membre inférieur contre l'action des antagonistes. La restauration permanente de l'équilibre de deux groupes musculaires antagonistes peut être obtenue de deux manières : d'abord par l'implantation du tendon du muscle paralysé dans le tendon d'un muscle normal ayant une fonction similaire. Cette méthode a été dénommée transplantation ascendante ou passive des tendons. Ensuite, en divisant une partie d'un muscle sain dans sa partie ventrale avec son tendon et en reliant ce dernier au tendon de muscle inutile. Cette méthode donne lieu à deux nouveaux individus musculaires pour ainsi dire, et s'appelle transplantation active ou descendante des tendons.

L. Jumon.

Pharmacologie

Dr E. Vogt.

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

Recherches sur la théocine (théophylline) (*Therap. Monatshefte*, janv. 1904). — Alkan et Arnheim ont expérimenté ce produit, qui a reçu deux noms différents, et quelques-uns de ses sels (sodique, salicylsodique).

Il n'existe pas, pour les auteurs de diurétique dont l'effet soit aussi énergique : la diurèse augmente au bout de 3/4 d'heure après l'ingestion, et peut atteindre 6 1/2 litres par jour. Mais cet effet s'arrête au bout de 12 heures déjà. L'organisme devient au bout de peu de temps réfractaire.

L'explication de ce fait se trouve pour les auteurs dans l'action de la théocine, qui s'exerce uniquement sur le parenchyme rénal, comme le démontre l'examen des courbes de la pression sanguine : celle-ci n'augmente qu'après l'épuisement de l'effet diurétique. En outre, les mouchetures pratiquées sur les membres œdématiés ne donnent pas davantage de sérosité après l'administration de la théocine.

Donc, la théocine irrite l'appareil sécréteur du rein; cette irritation étant intense, il n'y a pas lieu de s'étonner de la voir diminuer si rapidement.

Le rein sain lui-même ne saurait supporter longtemps l'influence de la théocine.

Les auteurs recommandent : 1° Dans la *néphrite interstitielle*, de donner 1 à 2 doses par jour (de 0,25 à 0,30 gr.); 2° Dans la *stase rénale chronique*, l'effet immédiat est remarquable; 3° Dans les *stases inflammatoires*, contre-indication absolue.

En résumé, on donnera la théocine, dans les hydropisies de cause cardiaque, hépatique ou rénale, et on s'abstiendra dans les néphrites aiguës.

E. Vogt.

Trente années d'expérience du pétrole brut comme agent thérapeutique, par A.-D. Binkerd (*Therapeutic Gazette*, décembre 1903). — Le pétrole brut, sortant du laboratoire de la nature, est un corps excessivement complexe, qui varie beaucoup dans la proportion de ses constituants. La densité est d'abord très variable. Les huiles lourdes sont foncées, presque noires et contiennent une forte proportion de soufre et de bitume. Les huiles plus légères ont une couleur brunâtre ou bleu verdâtre. Les huiles lourdes deviennent gélatineuses, les légères sont assez consistantes à une température voisine de zéro. Ces dernières sont moins offensives pour l'odorat. Au goût, l'auteur prétend que les huiles légères se rapprochent du bon lait complet.

Depuis de nombreuses années, il a employé les sortes les plus fines de pétrole brut contenant toujours de la paraffine, dans toutes les formes des affections aiguës des voies respiratoires avec les résultats les plus satisfaisants. Supposant que les propriétés lubréfiantes du pétrole amélioreraient la respiration striduleuse de certains dyspnéiques, calmerait la toux croupale, l'auteur à son étonnement, a constaté que sous l'influence de cette singulière médication la respiration devenait plus libre, plus profonde, que l'expectoration était beaucoup plus facile et que la maladie était abrégée.

Dans un cas de dyspepsie chronique suivie de diarrhée avec amaigrissement considérable, le malade prit quelques gouttes de pétrole trois ou quatre fois par jour après les repas. L'estomac supporta très bien la drogue, le malade commença à prendre de l'appétit et la dyspepsie disparut au bout d'un an. Les reins fonctionnaient normalement. Au bout de deux ans d'usage de pétrole brut, le patient n'éprouvait aucun dégoût.

Les meilleurs partisans de l'huile de foie de morue trouvent dans le pétrole un excellent succédané, car il augmente le poids du corps sans compromettre l'appétit. L'auteur a gagné 20 livres en quatorze mois, avec amélioration de son état physique, car la fatigue ne survenait pas aussi rapidement.

D'après des études cliniques, il croit que le pétrole n'est pas un aliment, car il n'est ni absorbé ni assimilé : il n'est pas modifié par les sécrétions intestinales, ni par les acides ni par les alcalis ; il traverse le tube digestif sans modification et toute l'huile ingérée peut être recueillie dans les fèces.

Il constitue par contre un antiseptique intestinal complet, alors qu'il est aussi inoffensif que l'eau pure. C'est ainsi qu'il donnerait les meilleurs résultats dans les cas de fermentation gastrique et intestinale, qu'il arrêterait les diarrhées chroniques dues aux putréfactions.

Récemment l'auteur a expérimenté le pétrole brut dans le traitement de la fièvre typhoïde à dose d'une demi cuillerée à thé toutes les quatre heures. Le résultat a été très satisfaisant et a dépassé même toute attente. Le remède est absolument inoffensif, facile à se procurer et, comme il n'est pas modifié par les substances qui sont en contact avec lui, par les sécrétions intestinales notamment, il ne comporte pas d'incompatibilité.

L. Jumon.

Action physiologique et thérapeutique de l'alcool, par Alexandre Lambert (*Medical Record*, 21 novembre 1903). — On enseignait naguère que l'alcool à doses modérées est un stimulant cardiaque et cérébral, qu'il est un aliment et peut arrêter la destruction des tissus. Les recherches modernes ont quelque peu modifié ces idées. L'alcool à doses modérées n'a pas d'effet sur le cœur chez un sujet normal; à hautes doses, c'est au contraire un dépresseur du cœur. Récemment, Cabot a constaté que dans la fièvre typhoïde des doses thérapeutiques d'alcool n'ont pas d'effet sur la circulation ; mais l'alcool est un stimulant circulatoire dans les cas de shock et dans d'autres conditions spéciales. Les liquides alcooliques, prétend Lambert, augmentent la sécrétion du suc gastrique et sa teneur en acide et substances fixes. On obtient ce résultat même lorsque l'alcool est absorbé par l'intestin. Les liquides alcooliques forts comme l'eau-de-vie, ne retardent pas notablement la digestion salivaire ; la digestion amylolytique est plutôt retardée par la présence de certains principes volatiles. Les vins blancs, contenant environ 11 0/0 d'alcool, pris en petites quantités, tendent à activer la

digestion. Les bières fortes prises en quantité retardent la digestion des manières protéiques en raison de la quantité assez grande de matières extractives qu'elles contiennent. L'action inhibitrice de l'alcool sur la digestion est très passagère parce qu'il est très vite absorbé et qu'après absorption il y aurait augmentation de la secrétion gastrique.

On sait qu'Altvater a conclu de ses expériences que 98 0/0 de l'alcool ingéré à doses modérées à l'état normal sont comburés dans l'organisme. La somme d'acide carbonique et d'oxygène, rendus après l'ingestion de l'alcool n'est que peu modifiée. La loi de la conservation de l'énergie se vérifie aussi bien avec l'alcool qu'avec le régime ordinaire. L'alcool d'après les observations est un aliment d'épargne pour les graisses organiques ; par conséquent il est indiqué en tant qu'aliment dans les maladies consomptives.

Comme médicament, l'alcool semble parfois avoir une tendance à accroître la désintégration des protéides, c'est le seul argument que l'on puisse invoquer en faveur de l'opinion de l'alcool poison des protéides, mais cette action est exceptionnelle, et n'a jamais été bien définie. Il n'est pas prouvé expérimentalement que l'alcool s'oxyde plus vite dans l'organisme que les hydrates de carbone.

Altvater arrive à cette conclusion que le régime avec l'alcool est un peu moins économique que le régime ordinaire, mais que les différences sont très légères. Au point de vue pratique les liquides alcooliques sont souvent offensifs pour le travail musculaire ; ils n'entretiennent pas la force musculaire et leur emploi est suivi d'une dépression. Au point de vue des fonctions nerveuses, l'alcool est plutôt un narcotique qu'un stimulant ; sa seule action stimulante s'exerce sur la digestion gastrique. Dans tous les cas l'alcool ne doit être employé comme aliment que lorsque le sujet ne peut maintenir son équilibre nutritif par les aliments ordinaires. L'alcool enfin peut-être utilisé comme médicament, sans oublier que comme les autres drogues il est toxique.

L. Jumon.

Pommade et suppositoire de petite ficaire (ranunculus ficaria) par James Sawyer (*Brit. med. J.* 2 janv. 1904). — Beaucoup de cas d'hémorroïdes ressortissent au traitement chirurgical et sortent de la pratique usuelle de la médecine. Mais il y a aussi beaucoup d'autres cas d'hémorroïdes qui n'entraînent pas d'accidents sérieux et peuvent survenir dans un nombre plus ou moins considérable de maladies générales ; ces cas par leur nature ne sont pas soumis à un traitement chirurgical. On se sert alors de pommades variées ; l'auteur a employé avec beaucoup de succès depuis plusieurs années des pommades faites avec la petite ficaire dont on emploie toutes la plante que l'on récolte au printemps. On la coupe en petits morceaux que l'on immerge dans la graisse de porc à la température de 38 degrés environ pendant vingt-quatre heures, dans la proportion d'une partie de plante pour trois parties de graisse. On soumet alors le tout à la presse et l'on recueille cette sorte d'infusion grasse qui se prend ensuite par le refroidissement et forme une pommade d'un beau vert.

Dans quelques cas cette pommade peut être employée en suppositoire. Pour obtenir la consistance voulue dans ce cas on ajoute une partie de spermaceti pour quatre parties de la pommade, on fond le tout à une légère chaleur.

La petite ficaire (ranunculus ficaria) jouirait d'une grande vogue comme remède populaire contre les hémorroïdes.

L. Jumon.

Action des bains simples, de la périplocine et de la digitoxine (*Thérapeutique Moderne Russe*, n° 7 et 8, 1903). — Ouskoff a fait une série de recherches sur l'action des moyens thérapeutiques sus-indiqués et est arrivé aux résultats intéressants que voici :

Pour les bains :

1° L'activité du cœur sous l'influence de bains simples (24-28 °R) se ralentit et se renforce, pendant que la pression sanguine diminue.

2° Les dimensions du cœur dans les cas peu graves diminuent, elles restent sans modifications dans les autres cas.

3° La diurèse reste sans modifications le plus souvent ; plus rarement elle augmente ou diminue.

4° La tension de la paroi artérielle dans les cas peu graves augmente, elle reste sans modifications dans les autres cas.

5° Les bains ne constituent qu'un moyen thérapeutique très peu efficace dans les cas peu graves, particulièrement chez les jeunes sujets ; ils sont particulièrement indiqués dans le traitement de l'insuffisance mitrale.

6° Dans les cas graves (dans les modifications très prononcées du cœur et des vaisseaux et lorsqu'il existe des œdèmes abondants) les bains sont contre-indiqués.

7° Dans les affections cardiaques compliquées d'une anémie intense, les bains n'exercent pas

une action suffisamment efficace sur le cœur ni sur les vaisseaux.

Pour la périplocine :

1° La périplocine possède incontestablement les propriétés particulières aux médicaments cardiaques, c'est-à-dire qu'elle exerce une action renforçante et modératrice sur l'activité cardiaque.

2° Sous l'influence de la périplocine à doses thérapeutiques le tonus vasculaire reste sans modifications : les vaisseaux se remplissent davantage sous l'influence de l'augmentation de l'activité cardiaque.

3° Quant à la pression sanguine, on n'y observe pas de modifications prolongées dans un sens ou dans un autre, car il ne se produit pas probablement de rétrécissement considérable des vaisseaux.

4° La diurèse augmente dans des proportions considérables.

5° La périplocine tout en s'approchant, au point de vue de l'énergie de son action, de la digitale, ne détermine pas à l'encontre de cette dernière de modifications durables dans les fonction du muscle cardiaque; et c'est pour cela que le traitement terminé, si le muscle cardiaque n'était pas suffisamment renforcé pendant le traitement, ou bien s'il existe dans le myocarde des modifications anatomiques considérables, il se produit de nouveau une diminution de l'activité cardiaque; par la rapidité de son action, la périplocine s'approche du strophantus.

6° L'emploi de la périplocine est indiqué dans les cas légers ou de gravité moyenne, là où il n'existe pas d'affection profonde du cœur ou d'autres organes.

7° La périplocine ne possède pas de propriétés cumulatives.

8° L'emploi interne de la périplocine, étant donné la faiblesse de son action thérapeutique, est plus utile dans le traitement des troubles circulatoires des affections cardiaques.

9° Les injections sous-cutanées de périplocine faites systématiquement deux fois par jour (à la dose de 0,0005 à 0,0007), jusqu'à la disparition des phénomènes de stase, ne présentent aucun danger et sont plus actives que les injections faites à de rares intervalles.

10° Dans la majorité des cas on n'observe pas d'accidents; parmi ceux qui se produisent le plus souvent, il faut signaler : douleur et rougeur dans la région de la ponction; on observe plus rarement : malaise général ou fièvre. Quant à des nausées, des vomissements ou des douleurs de ventre, ils ne se produisent jamais.

Pour la digitoxine.

1° La digitoxine par l'intensité de son action dépasse tous les médicaments cardiaques et est indiquée dans les cas graves avec ou sans œdème comme moyen modérant admirablement l'activité cardiaque, lorsque tous les autres médicaments cardiaques (y compris la digitale) se montrent inefficaces.

2° Sous l'influence de la digitoxine la matité cardiaque diminue, le choc et les bruits du cœur augmentent d'intensité, et les collections œdémateuses se résorbent rapidement.

3° Le tonus cardiaque augmente considérablement.

4° Les modifications de la pression sanguine ne sont que peu prononcées.

5° La diurèse augmente généralement, mais parfois elle reste sans modifications.

6° La dose moyenne est de 0,000025 trois à cinq fois par jour. Cette dose est parfaitement suffisante pour l'action thérapeutique ; elle provoque rarement des accidents sous forme de pesanteur épigastrique, de nausées ou vomissements.

7° Etant donné l'indissolubilité de la digitoxine dans l'eau et le pouls bigéminé qu'on observe quelquefois, il faut bien surveiller l'activité cardiaque du malade.

8° La périplocine et la digitoxine constituent des acquisitions précieuses pour l'arsenal thérapeutique des affections cardiaques ; d'un côté la digitoxine permet de soulager les souffrances des malades, sur lesquels les autres substances thérapeutiques n'exercent aucune action efficace ; d'un autre côté la périplocine permet de varier davantage le traitement et d'éviter ainsi pour un long laps de temps l'accoutumance de l'économie à tel ou tel médicament, de même que les conséquences fâcheuses de l'activité cardiaque diminuent.

J. Roubleff.

La chrysarobine, par Pautrier (*Rev. prat. des mal. cutanées*, 1er décembre 1903). — L'indication de choix est peut-être le traitement du psoriasis. Après le décapage des plaques par le savon noir et des bains répétés plusieurs jours, on emploie l'acide chrysophanique, à la condition que les lésions ne soient pas trop étendues, ou, dans le cas contraire, en ne badigeonnant à chaque séance qu'une portion restreinte des téguments. On emploie en général la traumaticine; mais l'auteur préfère la pommade; si l'on a soin, avec cette dernière, de frictionner légèrement au niveau des plaques, de façon à faire pénétrer l'acide chrysophanique, son action s'exerce beaucoup plus

rapidement et d'une façon plus énergique. Ces applications sont faites pendant deux ou trois. ou quatre jours ; l'érythème commence en général à apparaître au bout de ce laps de temps : on n'interrompt le traitement que lorsque cet érythème commence à devenir intense, et l'on fait pratiquer soit des poudrages à la poudre de talc, soit des applications de pâte de zinc, si la réaction est très vive. On reprend le traitement actif dès que l'érythème est en voie de disparition. On voit les plaques psoriasiques pâlir petit à petit, la peau redevient souple et lisse ; l'épiderme environnant qui a présenté l'érythème, desquame par petites lamelles brunâtres, pigmentées. Dans le psoriasis de la face, on peut employer l'acide chrysophanique sous forme d'emplâtre, si les lésions ne sont pas situées trop près des yeux : l'emplâtre sera changé matin et soir, en nettoyant chaque fois avec de l'huile d'amandes douces.

La chrysarobine est également employée avec succès dans le traitement de la pelade, principalement sous forme de crayons. On fait des applications de crayons une à deux fois par jour jusqu'à production d'une irritation modérée, on nettoie alors à l'huile d'olive pour enlever toute trace de chrysarobine et on laisse sans traitement pendant quelques jours, jusqu'à ce que l'irritation ait disparu. On recommence jusqu'à ce que des cheveux forts et pigmentés aient poussé partout.

En outre, l'auteur s'est très bien trouvé de son emploi contre les trichophyties de la peau ou de la barbe. L'acide chrysophanique constitue donc un médicament précieux dans le traitement des maladies de peau, mais on ne devra jamais oublier que c'est un agent très actif et qu'il faut éviter de s'en servir contre toute dermatose irritable.

E. Vogt.

Les lavements alimentaires, par Albert Mathieu et Roux (*Gazette des hôpitaux*, 22 décembre 1903). — Bien que les recherches physiologiques aient paru démontrer que le gros intestin absorbe une grande quantité de l'albumine et des hydrates de carbone introduits en lavements, les lavements alimentaires seuls n'ont cependant pas donné les résultats qu'on pouvait en attendre. En général ils n'arrêtent l'amaigrissement que d'une façon insuffisante, la perte du poids diffère peu avec l'alimentation rectale exclusive de celle qu'on observe dans l'inanition. Dans les cas où les lavements semblent arrêter la perte de poids, comme dans l'ulcère gastrique, la sténose pylorique, les vastes dilatations d'estomac, c'est surtout à la restitution du liquide à l'organisme qu'est dû ce résultat.

Malgré ces maigres résultats, les lavements alimentaires constituent une ressource thérapeutique importante, mais il faut savoir exactement ce qu'on en peut attendre. D'abord les sels et l'eau sont parfaitement absorbés par le rectum et les lavements peuvent en partie remplacer les injections sous-cutanées de sérum artificiel. Il faudra alors mesurer chaque jour la quantité totale des urines lorsqu'on donne exclusivement des lavements ; les urines ne doivent jamais tomber au-dessous de 500 c.c. par vingt-quatre heures. Pour assurer l'hydratation de l'organisme, les auteurs cités emploient en général les lavements composés de 250 grammes d'eau salée, que l'on administre trois à quatre fois par jour.

Pour donner aux lavements une certaine valeur alimentaire, on peut les additionner d'une petite quantité de peptone, mais il est préférable d'employer les lavements alimentaires aux œufs. On bat un ou deux œufs, blanc et jaune, dans un peu d'eau froide jusqu'à ce que l'albumine ne file plus, on ajoute 250 cc. d'eau tiède et 2 grammes de sel par œuf. Le sel paraît jouer un rôle important en modifiant la forme des mouvements péristaltiques et en étendant les lavements sur une plus grande surface de la muqueuse intestinale, l'absorption de substances peut être ainsi un peu plus active. Dans certains cas on pourra remplacer dans le lavement l'eau par une quantité égale de lait. Il faut se garder des lavements trop riches en substances nutritives, ils sont souvent mal gardés, provoquent l'irritation rectale, et peuvent rendre impossible l'utilisation des injections rectales de la solution chlorurée sodique.

En résumé, ne recourir à l'alimentation rectale qu'en cas où il est nécessaire de suspendre l'alimentation gastrique, veiller à assurer une absorption d'eau suffisante, éviter l'usage de substances nutritives trop concentrées ou irritantes.

L. Jumon.

De la compresse hydrothérapique appliquée sur la poitrine, par Fernet (*La Sem. médicale*, 23 décembre 1903). — L'auteur préconise ce mode de traitement dans la congestion pulmonaire se manifestant au cours des diverses affections infectieuses fébriles. Quand la congestion vient compliquer un cas de *fièvre typhoïde*, par exemple, on prescrira la compresse dans l'intervalle des bains. Dans la *grippe*, les ventouses, les sinapismes, les vésicatoires n'ont qu'une action très temporaire et

ne peuvent être répétés souvent, tandis que la compresse froide peut être répétée autant de fois que le commande le retour des accidents.

Dans la *bronchopneumonie*, la compresse froide constitue un excellent remède pour enrayer les poussées successives créant des foyers limités.

Dans la *pneumonie franche*, surtout chez les alcooliques, les débilités et les vieillards, la compresse froide exerce d'excellents effets sur les congestions pulmonaires péripneumoniques.

Dans les *œdèmes aigus des artérioscléreux* et dans la *néphrite interstitielle*, la compresse devra souvent être préférée à la saignée, qu'on réservera pour les cas très graves, et aux ventouses scarifiées, à action trop éphémère.

Les *hémoptysies* du début de la tuberculose pulmonaire sont très efficacement combattues par la compresse froide, qui ne présente dans ces cas aucun inconvénient.

Enfin la *tachycardie*, qui s'observe au cours de diverses affections infectieuses, sera combattue, dans l'intervalle des bains, par la compresse froide. Les crises tachycardiques de la maladie de Basedow peuvent aussi être promptement enrayées par cette médication.

On procède de la façon suivante : un morceau de toile ou une serviette est plié en plusieurs épaisseurs, trempé dans l'eau froide, bien exprimé, puis appliqué sur la région que l'on a choisie : par-dessus, une serviette sèche pliée en quatre. Au bout d'une demi-minute, on remplace la compresse froide par une autre. En général, deux compresses successives suffisent : si l'on veut prolonger l'action du froid, il faut changer le point d'application.

La première application provoque une impression très vive, mais le malade s'y habitue rapidement : on recommencera en général toutes les deux heures, ou même plus souvent encore.

Les effets sont d'autant plus marqués que la peau est plus chaude.

Il est probable que l'action thérapeutique est obtenue par un réflexe ayant pour siège le pneumogastrique ou les vasomoteurs du grand sympathique.

E. Vogt.

Action physiologique des rayons émanant du radium : leur emploi thérapeutique (*Deutsche med. Wochenschrift*, 14 janvier 1904). — Schlotz publie un travail relatant en premier lieu diverses expériences physiologiques : nous analyserons ici la partie thérapeutique de ses recherches.

Résultats nuls dans la *furonculose*, la *trichophytie* : amélioration peu marquée d'un cas de *lupus érythémateux*. Guérison, après ulcération préalable, de *foyers lupiques*. Guérison remarquable de deux carcinomes cutanés (diagnostic après biopsie).

Pour l'auteur, les rayons de Becquerel agissent à beaucoup d'égards comme ceux de Rœntgen, mais ils offrent en plus une ressemblance avec l'action de la lumière concentrée. En outre, on constate une action bactéricide marquée et une action en profondeur très énergique.

Il est prématuré, actuellement, de vouloir tirer des conclusions concernant la valeur respective de la méthode de Finsen et de l'emploi des rayons de Becquerel, mais si ces derniers ont une activité même inférieure à celle de la méthode de Finsen, ils pourront rendre des services, à cause de la facilité d'application du radium, et des modes variés de son emploi.

E. Vogt.

La radiothérapie (*Deusche med. Ztg.* 24 décembre 1903). — Strebel qui, le premier sans doute, a essayé l'application du radium dans un cas de lupus, en 1900, propose, pour l'action en profondeur et pour éviter la dermatite, d'introduire le radium, enfermé dans un petit tube d'aluminium, directement dans le centre de la tumeur que l'on désire traiter.

Mais comment procéder, en cas de cancer de l'estomac par exemple ? Ici, une application locale provoquerait sans doute le développement d'une ulcération : il sera donc préférable de s'adresser à la radio-activité induite, qui peut se manifester, pendant 24 heures environ, dans certaines substances. L'eau distillée devenant radioactive quand on la place, dans un espace clos, dans le voisinage de solutions de bromure de radium, on pourrait faire boire aux cancéreux de cette eau contenant en suspension un peu d'une poudre indifférente, radioactive, elle aussi. Cette poudre, introduite avec l'eau, s'étalera sur la surface de la muqueuse stomacale.

L'auteur se propose d'essayer de cette méthode à l'occasion.

E. Vogt.

FORMULAIRE DE THÉRAPEUTIQUE CLINIQUE

LES PROGRÈS ACCOMPLIS DANS LE TRAITEMENT GÉNÉRAL DE LA SYPHILIS

Le seul médicament spécifique de la syphilis, c'est le mercure. Sans doute, l'iodure a une action décisive sur certains accidents ; mais, employé seul, il est impuissant à les combattre : il faut toujours lui associer le mercure. De plus, ce dernier exerce seul cette action préventive que reconnaissent l'immense majorité des praticiens. Il faut donc *employer, dans tous les cas, le mercure*, soit qu'on s'adresse à son action curative, soit que l'on vise les effets préventifs.

Jusqu'à ces dernières années, l'emploi du mercure par la voie interne gastrique était la règle. Son emploi par la voie cutanée, c'est-à-dire par les frictions, déjà moins fréquent ; enfin, l'usage par la voie sous-cutanée, ou plus exactement, par la voie intra-musculaire était l'exception.

Aujourd'hui, les proportions sont renversées ; si l'on emploie encore assez fréquemment les frictions, on a bien moins souvent recours à l'administration du mercure par la voie gastrique et les injections tendent de plus en plus à devenir le procédé de choix.

A cette préférence accordée aux injections, il y a de nombreuses raisons : *a*) le mercure est, on le sait depuis longtemps, des plus irritants pour la muqueuse des voies digestives. Que de dyspepsies graves et irrémédiables dues à son usage prolongé !

b) Il est difficile ou pour mieux dire impossible de savoir quelle est la quantité de mercure réellement absorbée par l'organisme ; en effet, une part de ce mercure est éliminé, soit qu'administré en pilules, celles-ci ne soient pas attaquées par les sucs digestifs, soit qu'administré en solution, une partie de ce mercure soit entraîné avec les excréta, sans être absorbé par la circulation intestinale.

c) La méthode interne est notoirement inférieure, quant à son efficacité et à la rapidité de ses résultats, aux autres méthodes.

Les frictions constituent assurément un procédé plus efficace que l'administration par la voie gastrique, mais combien désagréable à employer et assujetissant pour les malades ; d'ailleurs, certaines peaux sensibles ne supportent pas le mercure et surtout on ne peut apprécier exactement la quantité absorbée.

Il est donc préférable à tout hasard d'avoir recours aux injections ; avec elles on sait exactement quelle est la quantité de mercure absorbée, et l'on peut graduer à volonté les doses suivant les indications et la tolérance du sujet ; on n'a pas à redouter les gastropathies, les entérites, etc., dues à l'usage interne.

Enfin, ce qui prime toute considération, c'est la puissance de ce moyen de traitement, dans les cas d'accidents graves.

Toutefois, il faut se déshabituer de considérer les injections comme un moyen d'exception, à n'employer que dans ces cas ; celles-ci doivent constituer la méthode de choix du traitement préventif.

Jusqu'à la vulgarisation de l'emploi des sels solubles, on pouvait comprendre jusqu'à un certain point l'hésitation des praticiens à avoir recours aux injections. En effet, ces injections qui ont l'avantage de n'être faites qu'à intervalles éloignés, tous les 8 ou 10 jours en moyenne, ont le grave inconvénient d'être douloureuses, de laisser des nodosités persistantes qui constituent une gêne permanente dans la marche, la station assise. Elles restent le moyen de choix à employer dans certains accidents très graves ou rebelles aux injections de sels solubles, tels que gommes cérébrales, glossites scléreuses, etc., etc.

On n'emploie plus aujourd'hui que le calomel et l'huile grise, le calomel moins fréquemment que cette dernière, plus facilement tolérée.

a) Calomel..... 0 gr. 50
Huile de vaseline..... 10 cc.

Une seringue de Pravaz contient 0 gr. 05 de calomel, dose en général suffisante.

Des différentes huiles grises proposées, on emploie uniquement l'huile grise à 40 0/0. Voici la formule de Lafay :

Mercure purifié.....	40	grammes.
Lanoline anhydre.....	12	—
Vaseline blanche stéril.	13	—
Huile de vaseline médicinale stérilisée.....	35	—

En volume, 1 cc. de cette huile pèse 1 gr. 25 et renferme 0 gr. 50 On injecte de 5 à 12 centigrammes de mercure. Si l'on ne fait pas usage de la seringue spéciale qui permet un facile dosage, on peut avoir recours à la seringue de Pravaz ordinaire, en se rappelant que si elle est graduée en 20 divisions, chaque division égale 25 milligr. de mercure et que si elle est graduée en 10 divisions, chaque division égale 0 gr. 05 de mercure.

Une injection hebdomadaire ; 4 à 6 injections pour un traitement.

Il existe un grand nombre de sels mercuriels sloubles injectables. Mais l'expérience a conduit successivement à en éliminer le plus grand nombre pour n'en retenir qu'un nombre restreint, ceux qui sont à la fois les mieux tolérés et les plus actifs.

On utilise presque exclusivement, actuellement, le biiodure en solution aqueuse, le benzoate, le cyanure. (Ce dernier déjà moins recommandable, parce que plus douloureux et plus toxique).

Biiodure de mercure... ..	0 gr. 20
Iodure de sodium.....	0 gr. 20
Eau distillée et stérilisée..	10 cc.

(Emery et Druelle).

injecter 1 c. (soit 0 gr. 02 en sel) quotidiennement pendant 20 à 25 jours : c'est la dose préventive. Dans les cas graves, on peut injecter 4 à 5 centigr. et même davantage.

Benzoate de mercure...	1 gramme
Chlorure de sodium chimiquement pur.....	0 gr. 75
Eau stérilisée.....	100 grammes

(Gaucher).

1 cc. contient 0 gr. 01 de benzoate (correspondant à 0 gr. 0045 de mercure). La dose utile est de 2 centigr. de sel ; on peut, d'ailleurs, injecter jusqu'à 5 centigr. par jour.

Cyanure de mercure...	2 grammes
Chlorure de sodium...	0 gr. 75
Eau distillée et stérilis.	100 cc.

1 cc. contient 0 gr. 02 de cyanure, correspondant à 0 gr. 0158 de mercure.

G. Lyon.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Conférences de Chimie biologique M. Allyre Chasseyant agrégé, a commencé le jeudi 14 janvier 1904, les conférences sur l'urine normale et pathologique.

Ces conférences ont lieu à l'amphithéâtre de Physique et de Chimie les samedi, mardi et jeudi, à 6 heures.

Sujet du cours : Urines normales, urines pathologiques, variations des éléments normaux ; éléments anormaux.

Méthodes analytiques, cliniques et de laboratoire.

Recherche des médicaments.

Sémeiologie urinaire.

Rôle des analyses des urines dans le diagnostic des maladies.

Le cours sera complet en 14 leçons.

Cours complets élémentaires et pratiques de Vénéréologie et Gynécologie, année 1904. Infirmerie spéciale de Saint-Lazare (107, faubourg Saint-Denis). — Ces cours sont faits deux fois par an par les médecins et chirurgiens de l'Infirmerie spéciale de Saint-Lazare.

La première série de ces cours a commencé le mardi 12 janvier, à dix heures et demie du matin, et se continue les jeudi, samedi et mardi à la même heure.

Ce cours est fait :

Le mardi, par M. le Dr Le Pileur, syphiligraphie ; le jeudi, par M. le Dr Verchère, vénéréologie ; le samedi, par M. le Dr Ozenne, thérapeutique gynécologique, et sera complet en dix-huit leçons.

Sont admis à suivre ces cours, les Docteurs et les Etudiants en médecine, pourvus de 16 inscriptions, qui se feront inscrire chez le Directeur de Saint-Lazare.

BIBLIOGRAPHIE

La Migraine, traitement par le massage, par le Dr Norstrom, 1 vol. in-16 de 160 pages; 2 francs (Librairie J.-B. Baillière et fils 19, rue Hautefeuille, Paris).

Le Dr Norstrom montre que, souvent, des cas de céphalée réunis sous la même dénomination générique ne sont que des névralgies secondaires ayant leur point de départ dans des points

d'inflammation chronique siégeant dans les muscles du cou. Il montre que dans les cas où la douleur très vive, mal localisée, se reproduit avec des exacerbations impossibles à prévoir et survient d'une façon absolument irrégulière comme dans les névralgies, le massage des insertions musculaires ou de la partie charnue, du trapèze, du sterno-cleido-mastoïdien, ou des autres muscles du cou, fait cesser la névralgie pourvu qu'il soit continué assez longtemps pour faire disparaître les noyaux inflammatoires. C'est ainsi qu'il est amené à ajouter à toutes les formes connues de migraine, une autre variété d'origine musculaire et inflammatoire et propose en même temps un traitement curatif et préventif.

Il montre la relation de cause à effet entre l'état inflammatoire des muscles du cou et les douleurs céphaliques, et démontre qu'un traitement méthodique peut les guérir toutes. Il ne prétend pas que toutes les céphalalgies extra-craniennes soient nécessairement d'origine musculaire, ni que tous les cas de myosite chronique localisée dans le cou doivent fatalement produire des douleurs paroxystiques de nature migraineuse; ni que l'on réussit toujours à les guérir par le procédé en question et que le massage est un remède infaillible à l'abri des insuccès, ne souffrant aucune contre-indication.

Quand on aura soigneusement étudié les cas de ce genre relatés par l'auteur, on renoncera à la fois à la confiance aveugle et au découragement pour s'en remettre au simple raisonnement basé sur l'expérience.

Précis d'accouchement, par les Drs Louis Dubrisay, ancien chef de clinique à la Faculté de Paris, et Cyrille Jeannin, chef de clinique adjoint à la Faculté de Paris. Un volume grand in-18 de 736 pages, avec 113 figures, cartonné 9 fr. Librairie scientifique et littéraire, F. R. de Rudeval, éditeur, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

Les étudiants, désireux de préparer leurs examens d'obstétrique, se trouvaient jusqu'à présent, fort embarrassés, n'ayant à leur disposition que des ouvrages plus ou moins volumineux, encombrés de discussions théoriques ne pouvant leur être d'aucune utilité. De même, le praticien, ayant à chercher rapidement un renseignement, en présence de quelque cas difficile, devait parcourir de longs chapitres avant de trouver ce qu'il désire.

Les Drs Dubrisay et Jeannin viennent de répondre à ce double desideratum. En écrivant leur *Précis d'accouchement*, ils ont eu comme préoccupation constante de faire une œuvre essentiellement clinique, éminemment pratique, par conséquent. — Sur chaque question, ils ont longuement insisté sur la conduite à tenir, décrivant minutieusement le manuel opératoire.

Les questions de moindre importance ont été traitées brièvement, mais toutes y sont exposées au moins en quelques lignes, de telle sorte que ce Précis représente exactement l'état actuel de l'art des accouchements.

L'ouvrage a été écrit sur un plan absolument nouveau, dont la logique et la netteté s'imposeront à tous les lecteurs. Le style est concis et clair, de nombreuses figures aident à la compréhension du texte.

A la fin de cet ouvrage, les auteurs ont placé un Répertoire alphabétique, où chacun pourra trouver immédiatement le renseignement qu'il cherche. Ainsi conçu, ce Précis deviendra le *vade-mecum* de l'étudiant et du praticien.

Conférences pratiques d'urologie clinique, par le Dr André, chef de laboratoire à l'Ecole de médecine de Marseille. In-8, 112 pages : 3 fr. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1904.

Urologie clinique. — Le Dr André s'est attaché d'abord, après avoir étudié la vie cellulaire normale, à déterminer la caractéristique de la vie cellulaire pathologique, tâchant ainsi d'expliquer les modifications essentielles du liquide urinaire pendant la maladie. L'étude clinique des substances anormales de l'urine et leurs recherches si importantes et trop souvent négligées, ont été rajeunies, comme l'exigeaient les progrès scientifiques modernes. L'étude de la perméabilité rénale a fait l'objet d'un chapitre spécial, et les résultats indiscutables de la cryoscopie ont été nettement mis en évidence.

Permettre au médecin de pratiquer lui-même, rapidement et sûrement, une analyse d'urine, l'aider à raisonner et à interpréter utilement les résultats de cette analyse, tel est le but du livre du Dr André.

Nlle Imprimerie. E. Lasnier directeur. 35 37 rue St-Lazare. Paris *Le Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL

TRAVAUX ORIGINAUX

LES LISERONS INDIGENES

Par le Dr CHEVALIER

Chef des Travaux pratiques de Matière médicale à la Faculté de Médecine de Paris.

Les Convolvulacées habitent pour la plupart la zone intertropicale, elles croissent aussi dans les régions tempérées mais elles disparaissent à mesure que l'on se rapproche des pôles. Toutes contiennent des résines sinon identiques du moins homologues tant au point de vue chimique qu'au point de vue physiologique, et si nos liserons indigènes en contiennent en moins grande quantité que les Convolvulacées exotiques, la grande facilité avec laquelle on peut se procurer ces plantes, constitue il nous semble, une assez large compensation.

Les deux espèces les plus communes sont les *Convolvulus arvensis* et les *Convolvulus sapieum*.

Le Convolvulus arvensis ou le liseron des champs présente une tige couchée et rampante ou s'enroulant autour des plantes voisines. Ses feuilles sont alternes, pétiolées, sagittées. Ses fleurs sont ou blanches ou rosées, bien plus souvent blanches et roses tout à la fois, leur corolle a la forme d'une clochette ou d'un entonnoir. Toutes les parties de cette plante contiennent de la résine à l'état d'émulsion, mais la racine en contient une plus grande quantité que la tige et les feuilles. La racine du liseron contient 5 0/0 de résine purgative. Gabriel Carré aurait obtenu 8 grammes de résine pour 100 grammes de racine.

Nos recherches personnelles tendent à nous faire considérer ces chiffres comme trop élevés car nous n'avons jamais obtenu plus de 4 gr. 50 0/0 de résine absolument pure.

C'est au mois de juillet et d'août qu'il convient de récolter le liseron. Les fleurs sont très amères; les feuilles le sont aussi, mais séchées et pulvérisées, elles sont surtout nauséeuses. La racine fraîche est grêle. Elle n'a jamais plus d'un demi-centimètre de diamètre. Quand elle est jeune, elle est presque blanche, mais la production de suber lui donne bientôt une teinte grisâtre qui va jusqu'au noir dans les racines très volumineuses. Elle est poreuse au dedans. Elle est inodore mais d'une saveur qui devient très amère lorsqu'elle reste un instant dans la bouche. Sèche, elle se pulvérise difficilement à cause de la grande quantité de ligneux qu'elle contient.

La structure anatomique de cette racine est la suivante :

L'épiderme est constitué par une couche de cellules aplaties et légèrement courbées extérieurement. Au-dessus de cet épiderme, les cellules se subérifient légèrement.

Ce suber compte trois ou quatre rangées de cellules.

L'épaisseur peut toutefois être plus considérable à certains endroits. Le parenchyme est collenchymateux, composé de cellules disposées sans ordre, mais formant deux régions bien distinctes, une région externe où les cellules sont plus grosses et plus irrégulières et une région interne où elles sont moins volumineuses et se rapprochent davantage du type polyédrique.

L'endoderme et le péricycle ne présentent rien de particulier.

Le liber est formé par des éléments à parois minces, des vaisseaux cribeux et des cellules très larges. Le bois secondaire est constitué par des fibres ligneuses épaisses et disposées en rangées radiales et par des vaisseaux rayés et ponctués assez volumineux semés çà et là. Le cambium qui entoure le bois se distingue par ses cellules étroites et allongées. Quatre ou cinq grands rayons médullaires divisent le bois en autant de faisceaux distincts, mais en outre de ces rayons médullaires, il existe des rayons médullaires secondaires qui ne divisent pas complètement le bois et s'arrêtent souvent à l'ouverture d'un gros vaisseau.

La face interne du bois est occupée par du liber absolument identique au liber externe.

La moelle est constituée par du tissu conjonctif qui se prolonge à sa partie externe avec les grands rayons médullaires.

Mais où se trouve la résine au milieu de ces éléments? On a parlé de vaisseaux laticifères siégeant dans le liber. Les coupes que nous avons faites nous ont démontré que ces vaisseaux laticifères n'existaient pas à proprement parler. La résine est à l'état d'émulsion dans les cellules et elle paraît répartie dans tous les éléments de la racine. Elle se colore en rouge par la fuschine ammoniacale. Ce qui frappe à l'examen d'une coupe transversale de la racine, c'est que les cellules contenant de la résine forment en général des groupes que l'on retrouve également sur une coupe longitudinale.

Leurs cloisons peuvent même en certains points se résorber et ces cellules communiquent alors entre elles. De véritables lacunes sont ainsi constituées.

La tige du *convolvulus arvensis* contient également ces lacunes qui paraissent plus abondantes dans le parenchyme cortical. La structure anatomique de cette tige est surtout caractérisée par la largeur des faisceaux du bois et des rayons médullaires, par le liber interne et par les vastes vaisseaux ponctués et grillagés.

Le *convolvulus sepium* on grand liseron, est remarquable par ses tiges longues de plusieurs mètres et ses très grandes fleurs blanches sans parfum. Il est très commun dans les haies et les buissons. Il fleurit à la même époque que le liseron des champs. Sa tige anguleuse et volubile s'élève très haut en s'enroulant autour des plantes voisines. Les pédoncules axillaires ne portent qu'une fleur.

Le calice est couvert par deux larges bractées. Les feuilles sont ovales, sagittées et munies d'un long pétiole. La racine est un peu plus grosse que celle du *convolvulus arvensis*.

Elle est contournée, blanche à l'extérieur poreuse et résineuse à l'intérieur. Elle est inodore et d'une saveur plutôt nauséeuse que franchement amère.

Contrairement à la racine du liseron des champs, elle contient peu de ligneux et se pulvérise facilement lorsqu'elle est sèche. La poudre est grise et très nauséeuse.

Elle paraît contenir un peu plus de résine que celle du liseron des champs. Comme dans ce dernier on retrouve la résine dans toutes les parties de la plante et les lacunes y ont la même disposition. La structure anatomique de la racine et de la tige ne diffère guère de celle du *convolvulus arvensis*.

Toutes les Convolvulacées, au point de vue anatomique, se rapprochent beaucoup les unes des autres. Au point de vue chimique, la question n'est pas encore complètement élucidée et c'est seulement dans ces dernières années qu'on est arrivé à débrouiller cette question.

Pour l'instant, si l'on n'est pas encore bien fixé sur la composition moléculaire des différents corps qu'on a isolés des plantes de cette famille, on peut cependant affirmer que tous ces corps considérés pendant longtemps comme des résines sont des substances à poids moléculaire assez élevé jouissant d'une part des propriétés des anhydrides d'acides, d'autre part des propriétés des glycosides.

La racine de Jalap donne comme principes actifs de la *convolvuline* et de la *jalapine*.

La *convolvuline* se rencontre dans presque toutes les plantes de cette famille, et c'est à elle, comme nous le verrons, que peuvent se rapporter tous les autres corps que l'on en a retirés. La *jalapine* au contraire se rencontre dans le jalap et en particulier dans le jalap d'Orizab, qui n'est pas officinal.

La *convolvuline*, d'après les derniers travaux de Hœhnel, aurait pour formule empirique, $C^{34}H^{96}O^{27}$. Elle se présente sous la forme d'une résine incolore, transparente, qui donne, lorsqu'on la pulvérise, une poudre semblable à de la gomme arabique. Elle est sans saveur et sans odeur. Elle est facilement soluble dans l'alcool, par contre complètement insoluble dans l'ether. Son insolubilité dans l'éther permet de la séparer facilement de la jalapine.

Elle fond à 150° en donnant un liquide jaune transparent.

Traitée par les bases, elle se dédouble en donnant naissance à de l'acide convolvulinique ou convolvulique $C^{15}H^{30}O^{9}$, à de l'acide purginique $C^{20}H^{16}O^{12}$ et à de l'acide méthyléthylacétique.

L'acide purginique est ensuite dédoublé en une hexose et en acide décylénique ou oxylurique. Traitée au contraire par les acides, la *convolvuline* est hydrolisée et donne du sucre de raisin et de l'acide convolvulinolique.

Si l'on opère avec de l'acide sulfurique concentré, la *convolvuline* se dissout en présentant une coloration rouge carmin qui vire au brun au bout de quelque temps. Si l'on abandonne le liquide à lui-même, il finit par laisser déposer une substance d'un brun noirâtre. Traitée par l'acide azotique concentré, la *convolvuline* se dédouble en répandant des vapeurs nitreuses en acide oxalique et en isomère de l'acide cébacique, l'acide ipoméique $C^{10}H^{18}O^{4}$.

La *jalapine*, d'après Polack, a comme formule brute $C^{34}H^{63}O^{17}$. Elle possède une structure chimique moins compliquée que la convolvuline, mais très analogue à celle-ci. Elle était du reste considérée comme son homologue par Spirgatis. C'est une résine incolore, insipide, soluble dans l'alcool et l'éther, insoluble dans l'eau ou du moins très peu soluble.

Par l'action des bases et en particulier avec la baryte, elle se transforme facilement en acide jalapinique qui se dédouble lui-même au contact des acides en glucose et acide jalapinolique.

Par l'action des acides ou à l'ébulition on obtient l'hydrolisation de la jalapine qui donne du glucose et du jalapinol ou acide jalapinolique $C^{16}H^{32}O^{3}$.

Cet acide jalapinolique par oxydation avec de l'acide nitrique donne, comme produit de dédoublement, de l'acide oxalique et de l'acide ipoméique.

Le turbith contient également une résine appelée *turpéthine* à laquelle on a longtemps donné une individualité propre. D'après les dernières recherches, elle ne paraît être qu'un isomère de la convolvuline. Spirgatis lui donne la formule brute $C^{76}H^{128}O^{36}$. C'est une matière résineuse brunâtre, de saveur âcre et amère, irritant fortement les muqueuses.

Elle est très soluble dans l'alcool, insoluble dans l'eau et l'éther. Comme la convolvuline, elle prend, en se dissolvant dans l'acide sulfurique, une coloration rouge, puis brune. Elle se dédouble en acides par les alcalis. Par l'action des acides, elle donne naissance à des dédoublements qui mettent en liberté du glucose et un acide, particulier analogue au convolvulinol qui, par oxydation avec l'acide azotique, donne naissance à de l'acide oxalique et à de l'acide ipoméique.

De la scammonée, Keller et Spirgatis ont retiré une résine purgative de formule brute $C^{31}H^{62}O^{16}$ que tous les auteurs s'accordent à homologuer avec la jalapine.

Dans ces dernières années, Gorgiades a retiré du *Convolvulus althœoides* et du *Convolvulus libanoticus*, qui croissent communément dans les environs de Beyrouth, une résine jaune verdâtre soluble dans l'alcool, insoluble dans l'éther, insoluble dans l'eau, se colorant en rouge brun par l'acide sulfurique, s'hydrolisant par l'action des acides étendus et douée de propriétés purgatives. Il tend à homologuer cette résine avec celle de la scammonée.

Enfin, les liserons indigènes, les *Calystegia Soldanella*, *Convolvulus Sepium* et *Convolvulus Arvensis*, ont été également étudiés et présentent dans l'intérieur de leurs parenchymes et de leurs écorces des résines purgatives analogues à celles que nous venons d'étudier, si nous en jugeons d'une part par les réactions objectives qu'elles nous présentent, d'autre part par leurs propriétés physiologiques.

La soldanelle fut étudiée par Planche. Il y trouva une résine jaunâtre de saveur légèrement aromatique et âcre. Cette résine est soluble dans l'alcool, insoluble dans l'eau et l'éther. Elle prend avec l'acide sulfurique une coloration rouge brun et se dissout. Elle s'hydrolise en donnant naissance à du glucose sous l'influence de la chaleur et des acides.

Elle se dissout dans l'acide nitrique avec dégagement de vapeurs nitreuses et paraît s'y décomposer. Cette résine est douée de propriétés purgatives mises encore récemment en lumière par Brissemoret (1). Aucune recherche n'a encore été faite sur sa constitution et ses produits de dédoublement.

La résine des Convolvulus indigènes fit l'objet des recherches de Chevallier qui retira du *Convolvulus Arvensis* et du *Convolvulus sepium* une résine particulière douée de propriétés purgatives qu'il définit ainsi : Résine de couleur succin clair et transparente, sèche, laiteuse et jaune verdâtre lorsqu'elle est humide, d'odeur forte de beurre rance, de saveur amère, soluble dans l'alcool, insoluble dans l'eau.

Cette étude fut reprise par Carré qui étudia au point de vue physique les diverses résines des Convolvulacées ; mais l'usage thérapeutique de ces plantes ne se généralisa point et elles restèrent plutôt entre les mains des herboristes et des charlatans, malgré leurs propriétés purgatives vantées par quelques praticiens.

Nous n'avons point repris la question dans le but d'éclairer la constitution chimique de ces résines, mais dans celui de voir quel est le parti qu'on pourrait réellement en tirer au lieu et place des Convolvulacées exotiques et en particulier de la Scammonée. Nous

(1) *Journal des Praticiens*, 1901. — *Thèse Doctorat*, 1904.

avons opéré sur les deux espèces les plus communes en France, le Convolvulus arvensis et le Convolvulus sepium. Disons d'ores et déjà que ces deux espèces, à poids égal, nous paraissent devoir contenir les mêmes produits thérapeutiques et à peu près dans les mêmes proportions.

Après avoir essayé différents modes de préparation, nous nous sommes arrêtés à celui-ci qui nous a donné toute satisfaction.

La racine du liseron après avoir été séchée est réduite en menus morceaux ou même pulvérisée, puis disposée dans un appareil à déplacement où elle se trouve en contact avec des vapeur d'alcool.

Ces vapeurs vont se condenser dans un réfrigérant ascendant et l'alcool retombe goutte à goutte sur les racines qu'il traverse pour retomber dans le ballon chauffé au bain-marie qui est son point de départ. Le liquide contenu dans ce ballon se colore en jaune doré et prend une odeur aromatique particulière.

Après épuisement complet de la racine, les liqueurs sont réunies et évaporées dans le vide jusqu'à consistance sirupeuse, puis précipitées par l'eau. On laisse déposer le précipité dans un milieu chaud et on recueille au bout de deux ou trois jours un précipité jaune foncé fort adhérent au vase. Ce précipité est redissous dans de l'alcool bouillant et reprécipité par l'eau. On le lave à l'éther qui en dissout une légère quantité, mais enlève une matière résineuse jaune foncé et l'on obtient une masse résineuse jaune clair, transparente lorsqu'elle est sèche, laiteuse lorsqu'elle est humide.

Nous avons également opéré sur des tiges et des feuilles de liseron (surtout sur le convolvulus arvensis) et nous croyons qu'il n'y a pas avantage à traiter la plante entière. Il existe bien, comme nous avons pu le constater sur nos coupes microscopiques, un certain nombre de granulations résineuses dans l'intérieur de la tige surtout, mais on obtient une résine souillée par une grande quantité de chlorophylle dont il devient fort difficile de se débarrasser. De plus, le rendement en résine purifiée est très minime.

Il faut éviter dans toute cette préparation de résine l'action de la chaleur élevée et prolongée, car on n'arrive plus alors qu'à un rendement faible par suite de la décomposition de la résine qui donne naissance par hydrolise à du glucose facilement constatable par la liqueur de Fehling.

D'après les essais que nous avons faits, on peut admettre qu'en moyenne la racine de liseron fraîche contient 65 à 70 0/0 d'eau et que l'on obtient 4 gr. à 4 gr. 50 de résine pour 100 grammes de racines sèches.

Nous avons essayé d'opérer sur du suc de liseron frais obtenu par expression de la racine à 5.000 kilos après hachage ; les résultats n'ont point été satisfaisants.

La résine obtenue présente les caractères suivants :

Elle est très soluble dans l'alcool, soluble dans le chloroforme, insoluble dans l'eau, l'éther, la benzine.

Elle se laisse dissoudre par l'ammoniaque et les alcalis.

Au contact de l'acide sulfurique concentré elle se colore en rouge, puis rouge brun, puis noir brun, si on la laisse un certain temps en contact. Au contact de l'acide azotique concentré, elle se dissout en émettant des vapeurs nitreuses.

Après avoir bouilli avec un acide étendu, elle n'est plus précipitable par l'eau et sa solution réduit la liqueur de Fehling.

Comme on peut le voir, cette résine, au point de vue chimique, se rapproche beaucoup de la convolvuline et il serait intéressant de faire quelques recherches sur ses produits de dédoublement pour éclairer un peu sa constitution.

L'étude physiologique de cette résine fut surtout faite, étant donné la quantité que nous en possédions, sur des cobayes.

Nous avons opéré de trois manières différentes, 1° par injection intrapéritonéale; 2° par introduction directe dans l'estomac au moyen d'une sonde de petit calibre; 3° par mélange avec les aliments.

Dans tous les cas la résine était dissoute dans une quantité minima d'alcool bouillant, puis précipitée à l'état d'émulsion par l'eau froide, de façon à ce qu'il y ait 1 centigramme de résine par centimètre cube.

En opérant convenablement, la résine est finement émulsionnée dans l'eau et on peut l'injecter en suspension, à condition d'employer une aiguille un peu grosse.

Il faut préparer cette émulsion au moment ou peu de temps avant de s'en servir, sans cela la résine se précipite peu à peu en adhérant fortement au verre et il est difficile de se rendre compte de ce que les animaux ont absorbé.

Nous donnons à titre documentaire quelques expériences :

I. — Cobaye noir et blanc museau jaune. Poids 495 grammes.

Injection intrapéritonéale de 10 centimètres cubes de liquide contenant 1 centigramme de résine par centimètre cube.

L'animal paraît être hyperexcitable jusqu'à 2 h. 10. A ce moment il urine abondamment.

Fèces liquides. A partir de 2 h. 30 l'animal se couche sur son ventre les pattes écartées du corps, il urine et évacue des matières sous lui. Il est inexcitable.

Malgré cela sa sensibilité n'est pas abolie. Vers 3 h. 30 sa respiration devient plus lente. Il meurt à 4 heures. Pendant ce temps, la température prise toutes les 20 minutes baisse régulièrement de 38°2 à 32°5.

A l'autopsie de l'animal, on remarque d'abord un intestin volumineux et fortement congestionné dans toute son étendue. La piqûre a laissé un léger épanchement sanguinolent dans le tissu cellulaire sous-cutané et dans le muscle. On trouve quelques centimètres cubes de liquide rosé dans le péritoine. A l'ouverture de l'intestin, on voit celui-ci rempli des matières liquides.

Les plaques de Peyer sont fortement congestionnées et se détachent proéminentes sur un fond plus blanc.

Sur la surface de l'intestin, on remarque quelques suffusions sanguines. L'estomac est congestionné, sans toutefois présenter d'ecchymoses.

Rate, reins, normaux. Cependant, sur le rein droit on remarque à la surface un léger piqueté hémorragique. Le cœur est vide, normal. Les poumons sont légèrement congestionnés à la base.

Le cerveau est congestionné; les méninges sont gonflées de sang. Les sinus de la base du crâne sont dilatés et noirs. Moelle légèrement congestionnée.

II. — Cobaye tout blanc, français. Poids 520 grammes.

Injection intrapéritonéale de 5 cc. de la solution précédente à 1 h. 15.

Température initiale 38. 3.

L'animal ressemble comme allure général au précédent. La température a baissé jusqu'à 31°4.

Vers 5 heures, il présente de la diarrhée sanguinolente.

Depuis 2 h. 15, il est immobile dans un coin de sa cage, et sa sensibilité générale est diminuée comme on peut le constater par le pincement. Le lendemain, à 8 h. 30, l'ani-

mal est toujours dans sa cage, couché sur le ventre, souillé par une masse de déjections liquides et sanguinolentes.

Il est flasque. Sa respiration paraît difficile. Température 28.9. Il est trouvé mort à 10 heures.

A l'autopsie, même aspect que le précédent.

L'intestin est presque vide. Il contient un mucus épais, jaunâtre et sanguinolent. Ecchymoses nombreuses, mais pas d'ulcérations nettes. Le cœur est plein de caillots, surtout les deux ventricules.

Dans le cerveau on trouve un piqueté hémorrhagique de la substance grise.

Nous avons essayé également un autre mode d'expérimentation se rapprochant autant que possible des conditions de l'absorption en clinique, et en nous donnant des approximations plus vraies pour l'absorption de la drogue. Nous introduisons une sonde fine dans l'œsophage du cobaye en prenant bien soin d'aller assez lentement pour ne pas léser la muqueuse.

Avec un peu d'habitude, on arrive relativement assez facilement à ce résultat et l'on n'entre presque jamais dans la trachée si l'aide vous tient bien l'animal en expérience.

III. — Cobaye à tête blanche. Poids 495. Température initiale 37.9.

On introduit au moyen d'un entonnoir gradué en centimètres cubes, placé sur la sonde, 20 cc. de solution renfermant 1 centigramme de résine par centimètre cube.

Quatre à cinq centimètres cubes approximativent sont régurgités par l'animal presque au sortir de la sonde.

Au bout de dix minutes, l'animal se met à saliver; il se gratte fréquemment le museau, s'agite dans sa cage. Au bout d'environ une demi-heure, évacuation abondante d'urine et de fèces molles. La diarrhée s'établit peu après, l'animal se blottit dans un coin à l'abri de la lumière. Il devient difficilement excitable. Au bout d'une heure et demie, il est presque complètement insensible aux excitations.

Il meurt 3 h. 20 après l'ingestion de la drogue, sans avoir présenté d'autres phénomènes que du ralentissement de la respiration sans dyspnée proprement dite et ralentissement des battements de cœur. Environ une demi-heure avant la mort apparaît de la diarrhée sanguinolente.

La température a baissé à peu près régulièrement et était, à la mort, de 34°7.

A l'autopsie on trouve les poumons légèrement congestionnés à la base. Le cœur est arrêté en diastole, les ventricules sont pleins. Le foie laisse couler un peu de sang à la coupe. Il ne paraît pas touché dans sa structure intime. Rate normale. Reins légèrement congestionnés se laissant décortiquer. L'œsophage ne paraît pas se ressentir du cathétérisme : il est rosé. L'estomac par contre présente une congestion intense. On y voit des suffusions sanguines assez étendues, et la muqueuse est assez friable. Il ne paraît pas y avoir eu de lésions faites par la sonde.

Il est encore à moitié plein de liquide roussâtre ne ressemblant plus au liquide injecté. Il y a beaucoup de mucus et le contenu est fortement acide.

L'intestin est fortement congestionné dans toute son étendue, surtout dans sa partie supérieure et dans sa partie inférieure.

Le gros intestin est plein d'un liquide muqueux jaune verdâtre. La muqueuse présente dans certaines portions de la congestion intense, avec de petites suffusions sanguines qui ont pu être le point de départ des émissions sanguinolentes de fèces.

Le cerveau est légèrement congestionné dans son intérieur. A la surface, la pie-mère est injectée surtout à la base du crâne. La moelle paraît saine.

D'autres expériences, semblablement conduites, nous ont montré que jusqu'à la dose de 8 à 10 cc. on obtenait la mort de l'animal dans un temps variant de 4 heures à 36 heures avec des symptômes et des lésions en tous points semblables à ceux décrits dans l'expérience précédente.

Avec des doses moindres, 3, 4, 6 cc. (absorbés) on obtenait pendant une période de 48 à 56 heures suivant les cas des évacuations alvines liquides quelquefois, mais rarement, quelques filets de sang pouvaient être remarqués. Pendant la première journée qui suivait le gavage, les animaux refusaient toute nourriture et se tenaient immobiles dans un coin de leur cage, sauf pendant les premiers temps qui suivaient l'ingestion, période pendant laquelle ils étaient agités. Au bout de ce temps ils se remettaient à manger et, n'était leur diarrhée, ne paraissaient pas incommodés.

Voulant enfin nous assurer que l'introduction de la sonde dans l'estomac n'était pas la cause de lésions appréciables pouvant déterminer ou même favoriser l'évolution des symptômes observés, nous avons soumis des animaux au jeûne 24 heures, et ensuite nous avons mélangé au son qui leur était donné comme seule et unique nourriture une certaine quantité de résine en émulsion dans l'eau, de manière à former une sorte de pâtée demi-sèche. Les animaux ont absorbé ce mélange sans trop de difficultés.

Dans cette série d'expériences nous n'avons eu aucune mort d'animaux malgré des doses de 0 gr. 20 et 0 gr. 25 centigrammes. Il faut dire que la résine n'était pas absorbée en totalité et que les animaux ne la prenaient qu'à doses pour ainsi dire fractionnées.

Ils ne mangeaient pas le son gloutonnement comme ils le font d'habitude. Ils furent tous atteints, pendant un certain temps, de diarrhée.

Chez l'un d'eux, qui fut sacrifié peu de temps après son repas, on ne trouva pas de lésions proprement dites, mais simplement de la congestion intestinale et stomacale.

Nous pouvons donc conclure que la résine des Convolvulus agit comme purgatif et que, de plus, elle est irritante pour les muqueuses lorsqu'elle y est en contact pendant un certain temps.

Ainsi, tant au point de vue chimique qu'au point de vue physiologique la résine de liseron peut se placer à côté des résines de Jalap, de Turbith, de Scammonée. La seule différence appréciable consiste dans la teneur de la plante en résine.

Les Convolvulus indigènes contiennent et contiendront très probablement toujours, malgré une culture en terrain propice, une quantité de résine inférieure à celle des Convolvulacées exotiques.

Au point de vue chimique les réactions générales de ces résines sont à peu près identiques sauf quelques légères différences.

Par exemple la résine du liseron est insoluble dans l'éther comme celle de Jalap dont elle se rapproche beaucoup; la résine de soldanelle au contraire est soluble dans ce véhicule et se rapproche beaucoup plus de la résine de scammonée. Au point de vue physiologique toutes ces résines se ressemblent à s'y méprendre.

« Le mécanisme de leur action purgative est identique. Il a été démontré par Bernatzik pour la résine de Jalap à laquelle on pourrait substituer indifféremment pour la démonstration une des trois autres » (1). Ces expériences ont du reste été confirmées par Stadtmann qui a opéré avec les diverses résines. « Mise au contact d'une muqueuse humectée de liquide alcalin, la résine de Jalap l'irrite.

Or, le milieu intestinal a une réaction alcaline.

(1) Brissemoret.

De plus, parvenu dans le duodenum, la résine va subir le contact de la bile, du liquide pancréatique alcalins tous les deux : si parmi les éléments de la bile, la taurine ne possède aucune action dissolvante sur la résine, les autres au contraire, le taurocholate, le glycocholate de soude la dissolvent rapidement et lui permettent d'exercer son action irritante et par suite de purger. La preuve directe en est produite par ce fait : si l'on soustrait à l'action de la bile la résine de Jalap introduite dans le gros intestin, où dans l'intestin grêle, la purgation ne se produit plus.

Il semblerait d'après les résultats fournis par l'usage que les résines de liserons indigènes seraient moins solubles dans les milieux alcalins. C'est à ce fait qu'il faudrait attribuer le peu de saveur de leurs résines; or, c'est à la propriété que possède la salive alcaline de dissoudre la résine de Jalap qu'il faut attribuer la saveur âcre que développe celle-ci dans la bouche, la faible irritation qu'elle provoque sur l'intestin et qui se traduit agréablement pour le patient par l'absence de coliques trop violentes.

Des deux liserons indigènes constituent des purgatifs drastiques de grande valeur qui ne le cèdent en rien au Jalap ou à la Scammonée.

Haller, Coste et Villemet, Loiseleur-Deslongchamps, Bodard, Cazin sont d'accord sur ce point. La saveur âcre de la résine de jalap, saveur très persistante, produit une légère constriction de l'œsophage et de l'arrière-bouche, excite le crachottement. A la dose de 30 à 40 centigrammes, elle produit au bout de deux ou trois des selles molles sans coliques.

La résine de scammonée possède une saveur douce un peu nauséeuse. A la dose de 40 à 60 centigr. elle provoque des évacuations de une à quatre heures après son injection. Les premières selles sont solides, les autres liquides. Elle est peu cholagogue. Elle est préférée au jalap parce qu'elle est aussi efficace qu'elle tout en étant moins irritante.

La résine de grand Liseron à la dose de 0 gr. 75 à 1 gr. produit les mêmes effets que la résine de scammonée, est aussi cholagogue que la resine de jalap; elle est beaucoup moins irritante que la première sans que ses effets purgatifs en soient moins certains.

La résine de Soldanelle jouit d'une saveur aromatique qui se rapproche de celle de la vanille. Elle ne détermine ni la contriction de l'arrière-bouche ni le crachottement que provoque le jalap. A la dose de 0 gr. 75 centigrammes à 1 gr. 20, elle produit les mêmes effets que les résines précédentes. Cette résine est anthelmintique au même titre que la résine de jalap.

Outre la résine, le suc laiteux épaissi du grand Liseron recueilli et préparé comme celui de la scammonnée, à la dose de 1 gramme agit mieux que la plupart des purgatifs contre les hydropisies.

La poudre de racine de soldanelle, à la dose de deux à quatre grammes, la teinture au 1/5 à la dose de 15 à 20 grammes ont donné les meilleurs résultats comme hydragogue, dans les hydropisies passives, les engorgements atoniques des viscères abdominaux, la constipation par inertie des intestins. La teinture maniée par Cazin lui a fourni des résultats en tous points comparables à ceux de l'eau-de-vie allemande. On peut employer les formules suivantes :

Emulsion purgative.

Suc épaissi de grand Liseron	1 grammes
Sucre	ãã 10 grammes
Miel	
Lait	110 grammes
Eau de laurier-cerise	5 —

F. s. a.

Emulsion de soldanelle.

Résine de soldanelle	0 gr. 80
Sucre	6 gr.
Gomme arabique pulvérisée	6 gr.
Eau de fleurs d'oranger	2 gr.
Sirop de coings	20 gr.
Eau q. s. pour	100 gr.

Une curieuse remarque faite par Chevallier au sujet de la résine d'un autre liseron, le Convolvulus Arvensis, paraît également s'appliquer aux principes actifs des deux convolvulus indigènes. Emulsionnées à l'aide d'un jaune d'œuf, leurs résines déterminent de violentes coliques mais purgent mal. En substituant au jaune d'œuf un mucilage de gomme arabique, l'effet purgatif se produit dans toute son ampleur sans coliques.

On a également employé :

Teinture de soldanelle composée ou eau-de-vie française.

Suc de liseron épaissi	10 gr.
Racine de soldanelle	60 gr.
Racine de bryone	20 gr.
Alcool à 80	1000 gr.

Faire macérer 8 jours, passer avec expression. Filtrer.

Dose : 10 à 12 grammes.

Pilules hydragogues.

Digitale pulvérisée	1 gr.
Suc de soldanelle épaissi	1 gr.
Poudre de bryone	0 gr. 75

Pour 20 pilules, 4 par jour.

Nous avons également employé avec succès les pilules suivantes faites avec la résine seule :

Résine de liseron pulv	0.25

Extrait de gentiane q. s. pour 1 pilule.

Nous avons ainsi obtenu d'excellents résultats. Lhopitalier, qui a fait sa thèse sur cette question et auquel nous avons fourni les documents chimiques et physiologiques, rapporte un certain nombre d'observations qui confirment nettement celles antérieures de Loiseleur-Deslongchamps, Cazin, Coste et Villemet, Bodard, Chevallier et Planche, et il serait à souhaiter que, soumis à un traitement industriel, les liserons indigènes fournissent à notre pharmacopée une usine qui remplacerait avantageusement la Scammonée.

ÉTUDE SUR LE MÉCANISME D'ACTION DES EAUX DE SALIES-DE-BÉARN

La peau peut devenir un organe d'absorption

Par L. Devaux, médecin-major de 1re classe des troupes coloniales.

La question de l'absorption, par la peau, des substances non volatiles, a été l'objet d'un nombre considérable de travaux scientifiques et la controverse est grande, à ce sujet, parmi les auteurs; les uns le nient complètement, les autres, tout en admettant cette absorption s'accordent, en général, à dire qu'elle est très lente et relativement faible. Or, voici des faits qui prouvent que, dans certaines conditions, très particulières, il est vrai, la peau peut devenir un véritable organe d'absorption.

Augmentation extraordinaire du poids du corps pendant la durée d'un bain salé. — Pendant une saison faite à Salies-de-Béarn, j'ai pu, à deux reprises différentes, observer une augmentation extraordinaire du poids de mon corps pendant la durée d'un bain salé (vingt minutes environ). Aux deux fois, en me pesant immédiatement avant et immédiatement après le bain, j'ai constaté une augmentation d'environ 700 grammes dans mon poids, au lieu de peser 59 kilos 700 (poids avant le bain), je pesais 60 kilos 400 (poids après le bain). Il y a là une preuve bien bien évidente et inattendue d'une absorption considérable de liquide par la voie cutanée. J'ai pu, d'ailleurs, observer un fait identique sur mon petit neveu, un enfant de sept ans; l'augmentation de poids constatée a même été plus remarquable encore, car avant son bain salé il pesait 21 kilos 400, après son bain il pesait 22 kilos; le poids de son corps s'était accru de 600 grammes, ce qui représenterait plus de deux litres chez un homme qui pèserait 75 kilos. Ajoutons que l'enfant en a été malade; quelques heures après son bain, il avait 39°5 de fièvre et la température n'est redescendue à la normale que le lendemain soir.

Conditions particulières qui ont présidé à cette absorption. — De telles observations mériteraient d'être reprises sur une grande échelle, mais si je ne me trompe, elles jettent un jour tout nouveau sur le mécanisme d'action des eaux de Salies-de-Béarn, car cette absorption, par la voie cutanée, d'eau et de substances solubles dans l'eau, s'est faite dans des conditions très particulières, qu'il importe de spécifier et d'analyser : pour ne parler que de ce qui me concerne personnellement, je dois faire en effet, une double remarque : 1° mon organisme était, certainement, aux deux fois où cette augmentation étonnante de poids a été constatée, en état hypohydre ; il souffrait du besoin d'eau; 2° mon enveloppe cutanée, depuis un certain temps déjà, était profondément imprégnée de sels divers, de sel marin surtout, grâce à de nombreux bains salés antérieurs et par conséquent, si l'on tient compte du fait certainement capital, en biologie, de la réaction osmotique des cellules à la concentration du milieu mes cellules épidermiques étaient, au point de vue de leur puissance osmotique, sans doute extraordinairement exaltées.

Ce qui me fait dire que mon organisme était en état hypohydre, c'est que, aux deux fois, je venais de faire un voyage long et fatigant, par temps très chaud, j'avais transpiré abondamment (et dans un cas même j'avais mangé sans boire), de sorte que je pesais moins que mon poids habituel (au-dessous de 60 kilos au lieu de peser au-dessus). Or, un état hypohydre de l'organisme exerce, comme on le sait, une influence singulièrement importante sur les résorptions interstitielles d'une part, sur l'absorption par la voie cutanée, en particulier, d'autre part.

Influence d'un état hypohydre de l'organisme sur les résorptions interstitielles. — Pour prouver l'influence considérable qu'exerce un état hypohydre de l'organisme sur la résorption des plasmas interstitiels, je n'ai qu'à citer une expérience célèbre de Magendie :

« Si on introduit un poison dans la plèvre d'un animal à qui l'on vient de pratiquer une saignée préalable, les accidents éclatent au bout de 30 secondes ; chez un animal, au contraire, intact, ils n'apparaissent qu'au bout de deux minutes. Réciproquement, si n injecte un litre d'eau dans les veines, l'empoisonnement devient très tardif, il peut même ne pas se produire si l'on a introduit deux litres. Mais, vient-on à pratiquer une saignée chez cet animal hydrémique, les accidents apparaissent à mesure que le sang s'écoule ». (1).

Ces phénomènes de résorption sont dus à ce fait que le sang, grâce au pouvoir osmotique de ses globules rouges, tend à maintenir constante sa teneur en eau. Toutes les fois qu'un déficit se produit dans ses richesses aqueuses, le sang fait appel aux divers liquides de l'économie et il draine, en quelque sorte, les tissus qui tendent à s'assécher de plus en plus (Hamburger, Demoor, Wettendorff).

Influence d'un état hypohydre de l'organisme sur l'absorption cutanée en particulier. — Et cet appel du sang devenu avide d'eau peut devenir énergique au point de rendre relativement abondante et manifeste l'absorption, par la peau, de substances dissoutes dans l'eau, absorption qui, à l'état normal est si lente et si infinitésimale qu'elle est passée inaperçue pour une foule d'expérimentateurs. Les expériences de M. Gallard, faites au laboratoire de M. Armand Gauthier, sont très démonstratives à cet égard ; elles lui ont permis de constater sur des lapins soumis à des bains en solution iodurée (par leur région ventrale exclusivement) que le remplacement du régime végétal ordinaire par un régime *sec et amylacé*, produisait une élévation considérable du pourcentage de l'iode éliminé par les urines. » (2)

Mais, pour l'interprétation des phénomènes que nous avons signalés au début de ce travail, un simple état hypohydre de l'organisme ne semble pas être une condition suffisante. Il ne s'agit pas, en effet, comme dans les observations de M. Gallard, d'une absorption de quelques centigrammes de substance dissoute dans l'eau, il s'agit d'une pénétration abondante, rapide, je dirai même massive, à travers la peau et tellement extraordinaire, qu'elle se chiffre par des centaines de grammes. Il faut, sans nul doute, qu'un autre facteur tout puissant intervienne dans cette absorption, et ce facteur ne peut être que l'activité propre des cellules épidermiques entrant énergiquement en jeu.

Augmentation du pouvoir osmotique des cellules sous l'influence de la concentration du milieu. — Car les faits ont démontré qu'une cellule végétale ou animale, placée dans un milieu plus concentré que son suc propre, réagit contre la déshydration en augmen-

(1) H. Roger. Etude sur les intoxications.

(2) Quelques recherches sur l'absorption cutanée par le Dr Gallard. (Séance de l'Académie de Médecine, le 6 février 1903).

tant progressivement son pouvoir osmotique. Voici une expérience de Lœb, bien démonstrative à cet égard (citée par Demoor dans l'Année Biologique de 1898) et qui n'est pas sans analogie avec les faits d'observation que nous venons de raconter :

« Si on place un muscle de grenouille dans une solution hypertonique de NaCl, le muscle commence par diminuer de poids, mais au bout d'un certain temps, il récupère l'eau qu'il a perdue, revient à son poids initial et même le dépasse. *Il parvient à soustraire de l'eau à une solution de 4,9 o/o.*

Réveil de l'activité des cellules épidermiques sous l'influence des bains de Salies-de-Béarn. — Mais, pour réveiller l'activité des cellules épidermiques, normalement presque inertes, pour obliger ces cellules dont la vie est ralentie à accroître progressivement leur pouvoir osmotique, par des dédoublements intérieurs, une action puissante, durable, renouvelée, semble de toute nécessité. Cette triple condition se trouve réalisée dans la médication par les bains dans une solution chlorurée sodique, forte, comme ceux de Salies-de-Béarn. On connaît, en effet, la concentration remarquable de cette solution; elle peut s'élever au chiffre énorme de 240 grammes de sel marin par litre et dans le bain dit au quart (le plus faible qui serve à la balnéation) elle est encore deux fois plus concentrée que l'eau de mer naturelle. L'action déshydratante d'un tel milieu sur des cellules vivantes ne peut être qu'énergique. Or, pendant le bain salé, la peau s'imbibe, avec une certaine lenteur à cause des matières grasses qui l'imprègnent, et peu à peu la solution saline pénètre, principalement par les conduits des glandes sudoripares et des glandes sébacées, jusqu'aux couches profondes de l'epiderme dont les cellules ne sont pas encore momifiées comme celles des couches superficielles. Ces cellules, tant que dure le bain salé, se trouvent donc en contact direct avec une solution hypertonique, qui tend à leur soustraire énergiquement leur eau de constitution. Mais, fait important, après le bain lui-même, elles continuent à subir l'action des sels, et avec plus de force encore peut-être, car, à la sortie du bain, l'évaporation à la surface de la peau, fait concentrer le liquide d'imbibition au point de précipiter en fins cristaux le chlorure de sodium dissout. Bientôt, il est vrai, la transpiration, l'humidité atmosphérique tendent à dessaler la peau, mais avant qu'un tel effet ne soit produit, le bain du lendemain imprègne à nouveau l'enveloppe cutanée et la charge de plus en plus de particules salines; de sorte que, en dehors même de ses bains, l'individu continue à avoir ses cellules épidermiques influencées, excitées au maximum, par un milieu très osmotique qui tend à les plasmolyser. On conçoit qu'à la longue, malgré leur vie ralentie, ces cellules se réveillent en quelque sorte, réagissent et acquièrent une puissance osmotique de plus en plus grande, jusqu'à ce que, quand un état hypohydre de l'organisme intervient et les force à manifester cette puissance acquise, elles deviennent le siège de phénomènes d'absorption si considérables qu'ils peuvent parfaitement être comparés à ceux de l'absorption instestinale elle-même.

Exosmose à travers la peau. — Mais comme corollaire aux faits d'absorption par la voie cutanée que je viens de rapporter et comme contre-épreuve, en quelque sorte, à ces phénomènes d'endosmose, il me reste à signaler des faits d'exosmose, à travers la peau qui se sont manifestés, comme l'on était en droit de s'y attendre, aux débuts mêmes de la médication chlorurée sodique forte et qui se sont traduits par une perte très notable du poids du corps subie pendant la période même de chaque bain salé.

Un enfant de sept ans (1) est pesé dès le début de sa médication à Salies-de-Béarn.

(1) Il s'agit du même enfant qui, après quatre bains salés, a subi pendant la durée de son cinquième bain une augmentation considérable de poids (600 grammes).

Le 29 mai 1903, il pesait avant son bain, 21 kilos 900 et après son bain (dit au quart), le poids était descendu à 21 kilos 800 ; donc l'enfant avait diminué de 100 grammes. Le lendemain 30 mai, le poids avant le bain était de 21 kilos 800 et après le bain, il n'était plus que de 21 kilos 450 ; l'enfant avait, par conséquent, perdu 350 grammes. Les deux jours suivants, la perte fut d'environ 100 grammes après chaque bain.

Ne s'agit-il pas là d'une concentration du plasma interstitiel qui baigne le derme et les tissus sous-cutanés, et d'une véritable soustraction d'eau à ce plasma ; par conséquent, d'une exosmose remarquable à travers la peau, provoquée par la présence de la solution très osmotique de la baignoire, établissant un courant prononcé en sa faveur ?

Voici, d'ailleurs, un autre fait qui plaide dans le même sens et qu'il est facile de remarquer dans le tableau établi par M. Albert Robin dans son rapport sur la balnéation chlorurée sodique, lu à l'Académie de Médecine le 19 mars 1891 : le poids de M. Gouby, qui avait servi aux études expérimentales citées dans ce rapport était, au début des opérations, de 57 kilos 97 ; trois jours plus tard, après trois bains salés « au quart », il n'était plus que de 52 kilos 90 ; la perte du poids du corps dans ce court espace de temps avait donc dépassé le chiffre énorme de cinq kilos.

Bien que la peau ne s'imbibe que difficilement, à cause des matières grasses qui l'imprègnent, n'est-on pas en droit de conclure, d'après ces faits qu'elle n'est pas une barrière infranchissable aux solutions aqueuses et qu'elle peut, au contraire, devenir le siège de phénomènes d'osmose d'une activité inattendue et vraiment remarquable ?

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIETE DE THERAPEUTIQUE

Séance du 10 février 1904

Présidence de M. Mathieu

M. Bardet présente une note de MM. La Néele et de Cornières, de Lisieux, concernant une malade âgée de 33 ans, atteinte de phtisie aiguë des deux poumons, traitée 4 semaines après le début, par le sérum antituberculeux de Marmorek, avec un succès complet. La malade a reçu en tout, en 47 injections, 720 gr. de sérum. Tous les symptômes cliniques — matité dans les deux poumons, râles, fièvre, dyspnée, toux, expectoration abondante — ont disparu graduellement. Les crachats qui contenaient un nombre très considérable de bacilles de Koch, n'en contiennent plus, et il est absolument impossible de trouver des traces de l'affection tuberculeuse. De l'avis des médecins qui ont suivi la malade pendant 4 mois, il y a une complète restitution *ad integrum*. Il résulte de l'observation que la malade a supporté très bien, sans accident, cette quantité considérable de sérum.

MM. Klein et Jacobsohn (de Paris), présentent une observation analogue concernant un cas de tuberculose à marche lente, apyrétique, traitée également par le sérum antituberculeux de Marmorek. Le malade, âgé de 31 ans, pris d'une hémoptysie dans le commencement du mois d'août, offrait des craquements dans le tiers supérieur du poumon gauche, et des signes d'infiltration du poumon droit, de la toux, une expectoration abondante (présence de bacilles de Koch dans les crachats) et un très mauvais état général. Actuellement le malade se trouve, après l'absorption de 155 cc. du sérum antituberculeux, amélioré au point que lui-même se considère comme guéri. Aucun signe subjectif ; comme signe objectif, quelques craquements disséminés au sommet gauche. Etat général excellent.

M. Mathieu estime que ces deux documents doivent être classés en attendant, car le sérum de Marmorek n'a pas donné jusqu'ici de résultats satisfaisants. M. Marmorek a accusé, à propos de ces insuccès, les mauvaises conditions dans lesquels on l'avait placé. En médecine il s'agit avant tout de ne pas nuire au malade : il semble que le sérum nouveau satisfasse à ce desideratum, car il est bien supporté. Mais, avant que de tirer des conclusions fermes de ces deux observations, il faut se rappeler que la tuberculose, aiguë ou chronique, affecte une marche souvent fort inégale, avec poussées et améliorations passagères.

En outre, le sujet sur lequel on essaie d'une nouvelle médication, satisfait de ce qu'on s'occupe minutieusement de lui, se remonte au point de vue moral, retrouve de l'appétit, etc.

M. Desnos donne lecture d'une note concernant les *troubles urinaires des ataxiques*. Lorsqu'on étudie les auteurs, on s'aperçoit que les détails concernant le début des accidents urinaires des ataxiques sont très vagues : on ne parle que des accidents tardifs, constitués par la rétention et

l'incontinence d'urine par regorgement. La distension vésicale est la résultante de tous ces troubles, et un diagnostic précoce, permettant un traitement approprié, retardera, pour de longues années souvent, l'apparition des troubles urinaires définitifs, ci-dessus énumérés.

Un des premiers symptômes observés est le *bégaiement urinaire* : le jet s'arrête pour reprendre plus tard. En outre, un symptôme plus caractéristique encore est l'arrêt brusque du jet, perçu ou non par le malade ; contrairement à ce qui se passe quand il existe de la lithiase vésicale, cet arrêt brusque ne s'accompagne d'aucune sensation douloureuse. Une 3e forme d'accidents est celle-ci : le malade essaie d'uriner, ne réussit pas et quelques instants plus tard, sans qu'il s'en aperçoive, le jet s'échappe.

Tous ces symptômes sont souvent peu marqués et n'attirent pas l'attention du malade. Le symptôme plus tardif, la rétention et l'incontinence consécutive, frappe davantage. Les troubles sont ici semblables à ceux qu'accusent les prostatiques, il faudra donc faire le diagnostic différentiel entre ces deux affections : cet examen est d'autant plus important que chez le tabétique, les troubles urinaires peuvent souvent précéder de longtemps les autres manifestations morbides.

Dans cette recherche, on se gardera de faire un cathétérisme *vésical*, car pour les tabétiques, le danger d'infection est très grand. On sera du reste mis sur la voie par l'âge du malade, car le tabès apparaît bien avant l'âge où le sujet ressent les premiers troubles du prostatisme (65 ans environ).

En résumé, on soupçonnera toujours le tabès en présence d'un trouble urinaire mal expliqué, et on suivra attentivement le malade, pour retarder les accidents décrits par les auteurs. Même en présence d'un cas de rétention avec dilatation vésicale, on peut, en intervenant lentement, progressivement, aseptiquement, faire retrouver à la vessie sa contractilité. L'électrisation, essayée dans ce but par l'orateur, n'a pas donné de résultats.

M. Créquy lit une note concernant le *traitement de la cirrhose par l'extrait de foie*. Il s'agissait d'un malade gravement atteint, présentant un foie atrophié, de l'ascite, de l'œdème des bourses ; on lui fit 12 ponctions en un an. Le malade allant de mal en pis, malgré le lait et les iodures, on se décida à lui donner tous les matins 1 gramme d'extrait hépatique et du nitrate de potasse.

En peu de temps, on vit disparaître les hémorroïdes, qui auparavant saignaient abondamment, les œdèmes des jambes et des bourses ; l'ascite disparut ensuite à son tour et quatre mois après la dernière ponction, le malade pouvait reprendre ses occupations qu'il avait abandonnées pendant 10 mois.

Il semble évident que dans ce cas particulier, c'est plutôt l'extrait hépatique que le nitrate de potasse qui a exercé l'action curative si remarquable observée chez ce malade.

M. Mathieu demande si le foie était diminué de volume.

M. Créquy répond que la palpation, faite après la ponction, a toujours indiqué une diminution du volume du foie.

M. Mathieu fait remarquer que dans ces conditions, les résultats obtenus sont tout à fait remarquables, car les succès thérapeutiques enregistrés par les auteurs concernent tous des cas où le foie était encore gros.

M. Gallois lit une note intitulée : *Quand peut-on cesser le régime lacté chez les scarlatineux ?* Pour l'orateur, c'est au moment où le rhino-pharynx est entièrement guéri que l'on peut revenir à l'alimentation ordinaire. On peut donc, en soignant attentivement le rhino-pharynx, diminuer la durée du régime lacté absolu chez ces malades.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Chirurgie générale

Dr BENOIT

Ancien interne des hôpitaux

Le radio-diagnostic en chirurgie, par LAIGNEL-LAVASTINE (*Gazette des Hôpitaux*, 16 janvier 1904). — Nous extrayons d'un article-revue les renseignements propres à éclairer le diagnostic chirurgical, par l'emploi moderne des rayons de Rœntgen. L'auteur a puisé les éléments de cette revue tant dans les monographies les plus récentes que dans le *Traité de radiologie médicale*, publié sous le nom du Pr Bouchard (1), et qui est le fruit d'une nombreuse collaboration. Actuellement, cinq méthodes sont utilisables en radiologie : La *radioscopie*, la *radiographie*, la *radiographie stéréoscopique*, la *radioscopie stéréoscopique*, *l'endodiascopie*.

On se rappelle que Rœntgen observa fortuitement (1895) la fluorescence de paillettes de *platinocyanure de baryum* placées au voisinage d'une ampoule de verre dont l'air était considérablement raréfié et que recouvrait elle-même une enveloppe de carton noir. Ce phénomène se produisait tandis que l'ampoule de verre était traversée par une série de décharges électriques. Ayant essayé d'interposer des corps opaques d'épaisseurs diverses, entre un écran de platinocyanure et l'ampoule, Rœntgen constata que la substance fluorescente n'en était pas moins vivement éclairée et, qui plus est, recevait en projection les parties traversées par les rayons invisibles. De là naquit la *radioscopie*, bientôt suivie de la *radiographie*, lorsqu'on eut remplacé avec succès l'écran par une plaque photographique. La *radiographie*, dit M. Béclère (2), est la fixation des ombres sur des plaques photographiques substituées à l'écran et la conservation des témoignages fournis par ces ombres sur la situation, la forme, les dimensions et la densité des organes profonds, invisibles à nos yeux. Bientôt, des erreurs commises sur la situation exacte de différentes ombres dans l'espace, montrèrent la nécessité de faire des examens stéréoscopiques. Les difficultés de cette nouvelle pratique furent bientôt vaincues par MM. Imbert et Bertin, Remy et Contremoulins, Destot, Marie et Ribaut. Un bel exemple de cette application est fourni par M. Béclère, qui eut à examiner une jeune fille atteinte d'une balle de revolver au niveau de la clavicule gauche et devenue paraplégique. La simple radiographie avait montré l'image à la hauteur du corps de la deuxième vertèbre dorsale. Une petite machine statique, mue à la main, permit de faire la stéréoradiographie de la colonne dorsale. L'image de la balle apparut au stéréoscope dans le canal rachidien, immédiatement en avant de la lame droite de la seconde vertèbre dorsale, d'où M. Wather put l'extraire. La *radioscopie stéréoscopique* semble d'ailleurs devoir donner à elle seule des indications suffisantes au chirurgien. Ses manœuvres paraissent encore peu pratiques et sont d'un emploi coûteux en chirurgie courante; signalons cependant les simplifications matérielles réalisées par P. Villard (*Soc. franc. de physique*, 21 mars 1902), et Guilloz (*Rev. méd. de l'Est*, 1902).

Enfin, la dernière méthode d'examen est due à M. Bouchacourt (*Th.* Paris 1898). On peut obtenir l'excitation des tubes de Crookes par un courant électrique dont le pôle négatif est seul en état de tension. L'auteur nomme cette méthode « l'excitation unipolaire des tubes de Rœntgen dans les cavités naturelles. » D'où le terme d'*endodiascopie*.

Tout praticien doit aujourd'hui savoir faire un examen radioscopique et *lire* une radiographie. L'examen à l'écran ne tardera pas à faire

(1) Paris 1904.
(2) Les rayons de Rœntgen et le diagnostic de la tuberculose. Paris, 1899.

partie de l'arsenal du diagnostic courant, lorsque le matériel en sera quelque peu simplifié. C'est qu'en effet, en chirurgie, il suffit pour la plupart des cas et a l'avantage de montrer les mouvements des organes. Lorsqu'il s'agit de nuances d'une certaine finesse, comme l'examen de la densité des sommets du poumon, servant à faire un diagnostic médical de tuberculose, c'est au contraire au mode radiographique qu'il faut recourir. Or l'auteur rappelle qu'il y a de graves causes d'erreur qui peuvent fausser l'interprétation d'un cliché. Résumons-les en disant que l'ombre radiographique étant la *résultante* d'ombres projetées en superposition, et d'une intensité différente suivant la densité des organes eux-mêmes, il en résulte que l'étude de la *normale* s'impose, afin de pouvoir juger les cas pathologiques. En l'état actuel de la science radiographique, il règne encore beaucoup de confusion et les données qu'on en recueille devront être rapprochées des autres éléments de la séméiologie. Ajoutons que *ces images* sont, en tant qu'ombres portées, toujours *agrandies* et *déformées*. Car l'écran n'est bien éclairé qu'au *point d'incidence normale* des rayons et il est impossible d'éviter l'*incidence oblique* pour certaines parties des ombres. Enfin, l'*acuité visuelle* de l'observateur à l'écran est inférieure à celle dont il est doué à la lumière du jour. Passons aux applications :

Corps étrangers. La recherche des corps métalliques étant connue de tous, il n'y a pas lieu d'y insister. A mesure que la technique s'est perfectionnée, on distingue maintenant de nombreux objets dont la densité est moindre. M. Bergonié a pu déceler une croûte de pain dans les voies aériennes d'un enfant. M. Béclère a pu radiographier un clou dans les bronches d'un malade maintenu en apnée pendant la pose. La *situation dans l'espace*, indispensable à connaître pour le chirurgien, sera déterminée tantôt par un procédé géométrique, comme M. Contremoulins l'a fait pour le *crâne*, tantôt et le plus souvent par la radiographie *stéréoscopique*. Faute d'avoir pris cette précaution, de nombreux opérateurs n'ont pu extraire des corps, dont l'image radiographique paraissait très nette sur l'image plate. Il faut compter aussi avec les déplacements de ces corps entre le moment de l'examen et celui de l'intervention.

Depuis peu, on diagnostique les *calculs*. Les calculs *urinaires* sont les plus apparents; les calculs *biliaires* (cholestérine), les moins visibles, à cause de leur moindre opacité. Quant aux calculs *intestinaux*, on ne les verra avec quelque certitude que lorsque l'étude des radiographies de l'abdomen sera plus perfectionnée. Les recherches à cet égard se poursuivent.

Lésions osseuses et *ostéo-articulaires*. Les os absorbent une proportion de rayons X qui les fait se détacher des tissus environnants avec une grande netteté. Le *cartilage*, par contre, est aussi transparent que les autres tissus. Les *fractures* s'accusent par une traînée plus sombre au trait de fracture : des épreuves multiples sont nécessaires pour juger de la déviation angulaire, du chevauchement ou de la pénétration. Pour reconnaître les *luxations* et *subluxations*, on prendra deux épreuves dans deux plans perpendiculaires, ou une épreuve stéréoscopique.

Altérations osseuses : l'*ostéite raréfiante* se traduit par une augmentation de la transparence, l'*ostéite condensante*, par une augmentation de nuance sombre, l'*ostéomalacie*, par la disparition plus ou moins complète de l'ombre des os.

Les *corps étrangers osseux articulaires*, dont il n'est pas parlé dans cet article, se révèlent avec une grande netteté, dans leur fixité ou leur mobilité. Pour conclure, la radiographie montre assez souvent une fracture et surtout une luxation que les moyens habituels n'ont pas permis de diagnostiquer. Par contre, il faut savoir que si deux fragments chevauchent et se masquent l'un l'autre, ou bien si l'os fracturé est placé devant un autre os, on pourra exceptionnellement être induit en erreur. Le moyen de l'éviter consistera, en cas de doute, à prendre toujours une épreuve dans un plan différent. La formation du *cal* peut être suivie, au jour le jour, par l'effacement progressif du trait de fracture.

Les *ostéomyélites* au début ne donnent rien. Mais vers le dixième jour, le pus se forme, on voit une partie claire à l'endroit où le tissu osseux est détruit. Lorsque se forment les *séquestres*, on les voit sous la forme de taches foncées, à contours déchiquetés, dans les espaces clairs. Les *fongosités tuberculeuses* sont caractérisées par des taches claires entourées de zones foncées d'ostéite raréfiante ou consante.

Les *lésions syphilitiques* sont traduites par des taches claires; mais on y voit souvent des zones noir foncé d'ostéite condensante, avec cavités claires. Dans la *maladie de Paget*, déformation des os avec épaississement de la couche compacte, qui triple ou double. Mêmes lésions dans l'*acromégalie*, portant sur les os du crâne. Il est facile, *chez les rachitiques*, de constater l'épaississement persistant et la non-soudure des cartilages juxta-épiphysaires. Dans les *tumeurs des os* (Pollosson et Bérard), altérations en rapport avec la nature. L'*ostéosarcome can-*

tral des os est caractérisé par une tache claire, taillée à l'emporte-pièce; ce signe permet de faire souvent le diagnostic avec certaines tumeurs vasculaires ou tuberculeuses, ou simplement infectieuses. Telles sont les plus importantes acquisitions de la radiologie contenues dans cette Revue, et qu'il nous a paru utile de résumer avec quelques détails, à l'usage de ceux que la lecture des traités spéciaux n'a pas encore renseignés à cet égard.

A. Benoit.

La coloration vitale des tissus et des bactéries pour augmenter la pénétration et favoriser l'action curative des rayons chimiques (*La Semaine médicale*, 27 janvier 1904). — Odier rappelle que les applications de bleu de méthylène ont donné des résultats thérapeutiques dans le traitement des cancroïdes et épithéliomas; pour lui, le colorant crée un milieu plus perméable aux rayons lumineux, particulièrement aux rayons bleus et violets, et renforce leur action.

Si l'on désire obtenir une imprégnation durable des tissus, il ne faut fournir à leurs éléments qu'une quantité de colorant insuffisante pour les saturer et incapable de provoquer le phénomène de la régurgitation, par lequel les tissus dégorgent le colorant dans le milieu ambiant. En anesthésiant les protoplasmas, on insensibilise les épithéliums et on leur confère une grande tolérance à l'égard des couleurs vitales.

L'auteur a injecté en conséquence un mélange de bleu de méthylène et de cocaïne, tous deux en solution au centième, dans le mésentère d'un lapin et a obtenu ainsi une imprégnation durable, alors que sans cocaïne cette imprégnation ne durait que 25 à 30 minutes.

Chez l'homme, après avoir anémié la région à traiter, on injectera plusieurs gouttes du mélange ci-dessus et on obtiendra une coloration intense et durable, permettant de faire agir avec intensité les rayons chimiques curateurs.

E. Vogt.

Le traitement des cancers et de certaines manifestations de la tuberculose par les rayons de Rœntgen, par le Dr Berdez (*Revue Médicale de la Science Romande*, 20 décembre 1903). — Les premiers succès des applications thérapeutiques des rayons X dans le cancer, ont dissipé le septicisme de M. Berdez, professeur de thérapeutique à l'Université de Lausanne et l'ont engagé à essayer la méthode. Les résultats ont été positifs et très nets. Il a eu en traitement deux cas de cancers du sein, trois d'épithéliome de la face, un de gliôme, trois de tuberculides et deux d'eczéma chronique. Parmi les épithéliomes de la face, deux ont guéri et le troisième est en bonne voie, les eczémas chroniques et les tuberculides sont guéris, les cancers du sein ont subi des modifications favorables (diminution de volume évident et disparition complète de certains nodules). Le gliôme est encore en traitement ; il est trop profondément situé pour bien savoir ce qui se passe en lui, mais les douleurs sont moins vives après chaque séance. Après avoir résumé à grands traits ce que l'on sait de leur action thérapeutique, l'auteur donne son opinion sur la technique à employer.

L'accord n'est d'ailleurs pas complètement fait sur ce point : on sait que la plus grande prudence, la surveillance la plus attentive sont nécessaires. En général, les séances doivent être courtes : six à dix minutes. On peut les répéter tous les jours ou tous les deux jours ; puis suspendre le traitement aux premiers signes réactionnels.

La distance entre l'ampoule et le patient variera de dix à vingt centimètres. Les ampoules peu évacuées sont beaucoup plus actives que les ampoules dites dures qui donnent, par contre, des rayons plus pénétrants et doivent être réservées aux affections profondes. Les parties saines doivent être protégées au moyen d'écrans ou de masques imperméables aux rayons X. Les muqueuses sont plus sensibles que la peau ; les enfants et les personnes cachectiques réagissent plus facilement, mais il ne paraît pas y avoir d'idiosyncrasies proprement dites ; les diversités d'effets tiennent surtout aux variations de l'état de dureté de l'ampoule et ces variations peuvent être considérables dans une même séance.

Pour se rendre compte des changements dans l'état de vacuité de l'ampoule, on a imaginé divers instruments à base de platino-cyanure de baryum : mais ces appareils ne fournissent d'indication approximative que tant qu'on ne les perd pas de vue et ne font connaître que l'état actuel des radiations, sans donner d'indications sur la somme de ces radiations.

Holz Knecht a cherché à remplir cette lacune en imaginant son chromoradiomètre, basé sur le fait qu'un mélange de sulfate et de chlorate de soude, changent de couleur d'une façon durable, lorsqu'ils ont absorbé une certaine quantité d'énergie de rayons X. Mais l'appareil n'a pas encore paru très pratique, car les teintes produites sont peu accentuées et difficiles à comparer.

L. Jumon.

Cas de sarcome guéri par les rayons de Rœntgen (*Soc. des médecins de Vienne*, 22 janvier 1904). — Kienbœk présente un malade qui fut atteint de sarcome ayant débuté dans une narine : malgré plusieurs interventions successives, la tumeur envahit les deux autres d'Highmore, repoussa les globes oculaires en haut et produisit de la cécité par compression des nerfs optiques. Il a suffi de 13 séances, en 3 mois, de rayons X pour obtenir une régression complète de la tumeur; le malade a recouvré aujourd'hui la vue.

Le diagnostic a été confirmé par l'examen histologique.

A la même séance, Grossmann a présenté un cas analogue, avec destructions moins avancées des tissus normaux au moment où le traitement par les rayons X fut institué.

E. Vogt.

Traitement du cancer par les pâtes caustiques, par Warenne Allen (*Medical Record*, 12 décembre 1903). — Il paraît qu'en Amérique, les charlatans se sont emparés des méthodes caustiques de traitement du concer, et qu'ils appliquent les pâtes arsenicales surtout à des cas souvent trop étendus en surface et en profondeur. Cependant l'auteur, depuis vingt-cinq ans, applique cette méthode des pâtes arsénicales et caustiques à des formes variées d'épithélioma, surtout de la face et souvent dans des régions qui sont inaccessibles ou impropres à l'emploi du bistouri. Sur cinquante cas qu'il a opérés ainsi, les récidives n'ont pas été plus fréquentes et presque identiques au chiffre observé après un traitement radiothérapique.

L'auteur croit à l'infectiosité du cancer : il pense qu'un traitement radical peut seul guérir l'affection et préfère le plus souvent les pâtes caustiques avec un pansement caustique consécutif, à l'emploi du bistouri. Plus tôt on institue le traitement, moins on opère de récidives ou de métastases.

L. Jumon.

Cancer, malaria et quinine (*Il Policlinico, seg pratica*, n° 24, 1903). — A. Betti : après avoir parlé de nombreuses médications proposées jusqu'ici dans le traitement du cancer, s'arrête plus particulièrement sur les bons effets qu'exercerait, d'après plusieurs auteurs, l'infection malarique sur l'évolution des tumeurs cancéreuses.

Ni les statistiques ni la clinique journalière ne permettent d'après l'auteur, de croire à cette action favorable. De même, le traitement du cancer par les sels de quinine ne lui a pas donné de résultats favorables.

L'auteur relate cinq cas de néoplasmes divers dans lesquels l'infection palustre, aussi bien que le traitement quinique, restèrent absolument impuissants à enrayer les progrès du mal.

A.-L. Percival.

Sur le traitement des adénites tuberculeuses, en particulier par les injections modificatrices, par Coudray (*Le Progrès médical*, 6 février 1904). — Aucun médicament ne peut être considéré comme un spécifique des lésions tuberculeuses, *des adénites en particulier*. On a obtenu de bons résultats avec une foule d'agents : la teinture d'iode, le naphtol camphré, le chlorure de zinc, l'iodoforme. Peut être en aura-t-on de meilleurs encore avec l'huile iodée.

Il faut dire tout d'abord que toutes les adénites tuberculeuses ne sont pas justiciables d'un traitement par les injections. Beaucoup de tumeurs, même d'un certain volume, diminuent ou disparaissent à la longue, mais il est des cas où le traitement par les injections peut devenir indispensable.

L'auteur a essayé de la *méthode sclérogène* : il a pu réduire le volume de quelques ganglions qui n'étaient pas très volumineux et qui n'avaient pas de tendance au ramollissement; mais d'autre part il a vu suppurer un ganglion un peu plus volumineux, qui, avant le traitement, n'avait pas manifesté cette tendance. La méthode périphérique paraît incertaine et *lente* dans ses résultats.

Injections interstitielles. — Pour ces injections, l'auteur a utilisé l'huile iodoformée additionnée d'une faible proportion d'éther : huile stérilisée 70 grammes, éther 25 grammes, iodoforme 5 grammes.

En règle, les adénites tuberculeuses qui ne cèdent pas au traitement général doivent être attaquées par les injections interstitielles. Parmi les tumeurs de la forme dure, il est un groupe qui semble échapper à ce mode de traitement, c'est celui des lymphomes tuberculeux. Ces tumeurs sont habituellement faciles à extirper par énucléation, mais il peut arriver qu'à côté d'un gros ganglion mobile existent d'autres ganglions plus profonds et plus adhérents; c'est en particulier au niveau de la grande corne de l'os hyoïde et contre la bifurcation de la carotide primitive qu'on observe ces ganglions profonds. Dans ce cas, les injections interstitielles peuvent être efficaces.

En cas d'adénites dures communes, on voit souvent survenir la suppuration après les injections, parce que, sans doute, au moment où l'on fait ces injections, les adénites ont un *certain volume*, sont caséeuses à leur centre; la suppuration est leur tendance naturelle.

Quand la fluctuation apparaît dans un ganglion, parfois elle est très localisée; on peut même observer simplement un liquide séreux à peine purulent, et la guérison est parfois obtenue après l'évacuation du liquide et quelques injections modificatrices.

Dans d'autres cas, les injections aidant, le foyer purulent gagne petit à petit la plus grande partie du ganglion, et finit par transformer la masse ganglionnaire en un véritable abcès froid. Alors on traite la tumeur comme un abcès en injectant simplement dans la poche. Il faut dans ce cas rapprocher les ponctions et injections, les faire non plus tous les huit jours, par exemple, comme dans les tumeurs dures, mais tous les quatre ou cinq jours, pour éviter l'amincissement de la peau et son ulcération.

Il arrive souvent, malgré ces précautions, que la peau rougisse et s'amincisse : il est préférable de ne pas attendre plus longtemps et mettre un séton de gros fil.

Quel est le mode d'action des injections, et en particulier de l'*huile iodoformée*?

L'inflammation iodoformique présente les mêmes éléments que l'inflammation produite par le nitrate d'argent et le chlorure de zinc : hyperleucocytose, avec abondance de polynucléaires, hypertrophie et hypergénèse des cellules du tissu conjonctif; on trouve donc là les agents de la phagocytose. A côté de cette action sur les tissus, l'iodoforme présente une action bactéricide, peut-être un peu spéciale, vis-à-vis des tissus tuberculeux.

E. Vogt.

Appendicalgie (*Soc. de chir.*, 20 janvier 1904). — Ce nouveau vocable désigne une douleur du siège appendiculaire, qui serait cause, suivant M. Guinard, de fréquentes erreurs de diagnostic. C'est une forme d'appendicite chronique n'offrant que ce seul symptôme, souvent placé plus bas que le point de Mac Burney, près de l'arcade crurale ou du pubis. S'agit-il de hernies douloureuses, de fibromes utérins, de kystes de l'ovaire, de prolapsus utérin (!), en un mot des affections les plus hétérogènes, on ne s'occupe que de l'affection principale, on opère, les douleurs persistent : c'est l'appendice qui est le seul coupable. Ses fonctions de bouc émissaire se trouvent du coup considérablement accrues. Malgré l'exagération d'une telle doctrine, nous devons enregistrer la communication de M. Guinard, qui sera certainement commentée et discutée.

A. Benoit.

Péricolite cicatricielle postappendiculaire; traitement, par le Pr E. Tavel (*Revue médicale de la Suisse Romande*, 20 janvier 1904). — Les complications qui accompagnent l'appendicite telles que les adhérences, la péricolite, la périovarite peuvent subsister et même s'aggraver une fois l'accès aigu calmé, malgré la guérison complète de l'appendice ou son extirpation. On se trouve alors en présence de symptômes de péritythlite chronique ou à répétition avec douleur, fièvre, vomissements. Pour éviter ces affections post-appendiculaires il faut, pendant l'opération, faire la revision du côlon ascendant d'une façon systématique.

La péricolite cicatricielle se traduit par une douleur locale, exagérée à la pression ou dans certains mouvements, la marche, par des douleurs irradiées, en particulier dans le dos, par de la parésie intestinale : gargouillement, constipation, alternatives de constipation et de diarrhée, par des vomissements et parfois par de la fièvre.

Le diagnostic s'égare facilement, mais on pensera à la péricolite, si des accès d'appendicite ont précédé le développement des symptômes. Tavel a posé sans erreur ce diagnostic dans six cas.

En ce qui concerne le traitement, on pourra lutter contre certains symptômes par le massage, la teinture de valériane à haute dose qui est très utile dans tous les cas d'entérite chronique avec constipation. L'atropine combat encore la paralysie plus activement. Ce faisant, dit M. Tavel, on précise son diagnostic et on habitue peu à peu son malade à l'état d'une intervention opératoire, qui, seule peut-être, restera le remède définitif.

Quant à l'incision, il faut être éclectique. Dans un cas l'auteur a choisi l'incision pararectale longitudinale, croyant devoir faire une résection du cœcum. Dans trois autres cas, il a adopté l'incision étoilée de Roux, et n'a eu aucune difficulté à débrider le côlon, reséquer l'appendice et exciser les annexes adhérentes du côté droit : mais il est plus confortable de procéder comme dans deux autres cas, au moyen d'une incision de la ligne blanche, qui permet de bien juger le cas et de tout mieux voir *in situ*. Le reste de l'opération ne présente pas de difficulté. L'auteur recommande vivement de n'employer que l'asepsie humide, et tout particulièrement l'asepsie salée-sodique.

L. Jumon.

Maladies des Voies digestives

Dr Soupault

Médecin des hôpitaux

Les indications thérapeutiques dans la cholélithiase infectée, par le B. Chauffard (*La Sem. médicale*, 20 janvier 1904). — En énonçant qu'il est nécessaire d'opérer d'urgence toute cholélithiase compliquée d'infection aiguë, on semble admettre que seul le traitement chirurgical peut conduire dans ces cas au succès. Pour l'auteur, il n'en est rien, et il y a lieu de distinguer entre les diverses modalités cliniques de l'infection des voies biliaires.

Dans les formes graves et toxiques, quand la fièvre dure depuis plusieurs jours, rémittente ou continue, avec état général compromis, il faut intervenir de suite : le drainage biliaire devient la seule planche de salut.

Même conclusion en présence d'une vésicule grosse, tendue, douloureuse, ou d'un empâtement plus ou moins diffus et profond de la région sous-hépatique, et leucocytose permanente. Dans ce troisième cas, le malade fait ou va faire du pus.

Donc l'opération s'impose en cas de gravité des accidents fébriles et de l'état général, de rétention biliaire, de présence ou imminence de la suppuration.

Dans d'autres cas, on préférera le traitement médical, surtout en présence de malades âgés, fortement obèses : en outre, on étudiera minutieusement, chez d'autres sujets, le type de la fièvre, celui de la leucocytose, l'intensité de la rétention biliaire et des signes locaux, enfin l'état général et les autres organes. De cette étude, il ressortira souvent que l'expectation armée peut être adoptée.

Y a-t-il quelque danger à cette temporisation ? Rarement, car les complications dans l'infection biliaire ne sont pas, comme dans l'appendicite, fréquentes, ni surtout insidieuses. Les cas à septicémie grave trahissent de bonne heure leur malignité : pour les autres, pas de terribles surprises pour qui les surveille attentivement. Enfin, si l'appendicite n'a pas de traitement antiseptique interne, il en existe un des plus efficaces pour la cholélithiase infectée. On réduira au minimum les fermentations intestinales par la diète lactée et même, dans les cas graves, la diète hydrique. Sur la région douloureuse, on appliquera de préférence des compresses humides chaudes, recouvertes de taffetas chiffon : elles sont mieux supportées que la vessie de glace.

On cherchera à réaliser l'antisepsie des voies biliaires par la médication salicylique. On prescrira un mélange à parties égales de salicylate de soude, de salol et de bétol (salicylate de naphtol). De ce mélange, on donne trois prises de 1 gramme chaque dans les 24 heures, en paquets plutôt qu'en cachets, car ces derniers ne se dissolvent pas parfois.

En outre, dans certains cas d'accès très fébrile de longue durée, l'administration de bains à 30-32° peut être fort utile.

E. Voct.

Contribution au traitement de la lithiase biliaire, par Meyer (*Allgem. medic. Central. Zeit.*, 9 janvier 1904). — La lithiase biliaire est produite dans l'opinion de l'auteur, par une diminution et un ralentissement de l'excrétion de la bile dans l'intestin, ce qui est dû au reflux des ingesta dans certaines formes d'atonie intestinale. Il en résulte une stagnation de la bile, puis une décomposition des sels biliaires qui tiennent en solution la cholestérine. Celle-ci constitue l'élément principal des calculs biliaires. La stase biliaire ne demeure pas sans influence sur le parenchyme du foie dont le chimisme est modifié défavorablement.

La principale indication d'un traitement efficace de la lithiase biliaire consiste à stimuler la fonction intestinale, et, en second lieu, à traiter la fonction sécrétoire des cellules du foie. Les deux indications sont remplies par l'emploi de purgatifs doux, la podophylle et le calomel. Celui-ci doit être employé à petites doses et on prescrit à des intervalles déterminés une purgation saline de sels laxatifs. Le traitement doit être employé pendant longtemps. Pour supprimer les sensations douloureuses qui peuvent se manifester du côté de l'intestin, on administre en même temps du camphre, de la mélisse, tout en évitant l'opium qui arrête les mouvements de l'intestin.

L. Jumon.

Pathologie et traitement du cardiospasme (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1er janv. 1903). — Le Pr Mikulicz admet que le spasme de l'œsophage, au niveau du diaphragme, constitue l'accident primaire, et que la dilatation de l'œsophage, l'hypertrophie de sa musculature ne sont que des accidents se développant ultérieurement ; des phénomènes analogues s'observent sur le cœur, la vessie, l'intestin.

L'auteur est parvenu à vaincre ce spasme dans un cas en faisant la gastrostomie et en introduisant par la plaie dans le cardia contracturé une longue pince à branches courbes enveloppées de caoutchouc ; en ouvrant la pince

avec précautions, on obtint un écartement maximum de 6 cm. entre les branches. Ceci obtenu, on sutura la plaie stomacale : les résultats fonctionnels furent excellents, et la malade qui ne pouvait plus rien avaler, est entièrement guérie et mange normalement.

L'auteur dispose de trois autres cas identiques, démontrant que le spasme du cardia peut être vaincu par la dilatation mécanique.

E. Vogt.

Appareil pulmonaire
Cœur et Vaisseaux

Dr G. Lyon

Ex-chef de clinique à la Faculté de Médecine.

L'aristochine dans l'asthme bronchique (*Therapie der Gegenwart*, déc. 1903). — Dresler, après avoir constaté que dans la coqueluche, l'aristochine influençait tout spécialement l'élément spasmodique, essaya chez trois malades atteints de catarrhe bronchique suffocant, de combattre les crises angoissantes par l'administration de ce remède.

Une de ces malades atteinte depuis 3 ans de catarrhe suffocant, et ne trouvant un peu de soulagement que dans des inhalations, fut entièrement guérie à la suite d'un traitement par l'aristochine de 6 semaines de durée. Les doses ont été de 0 gr. 40 trois fois par jour.

L'activité cardiaque est en même temps influencée, car le nombre des pulsations s'abaisse et l'ondée sanguine devient plus pleine.

Le médicament étant insipide, est facilement accepté : il provoque parfois un peu de prurit et de légers bourdonnements d'oreille, mais ces troubles sont de peu de durée.

E. Vogt.

La méthode de Maréchal. Emploi combiné de la tuberculine et des composés créosotés dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, par Péguirier (*Bul. gén. de Thérapeutique*, 30 janvier 1904). — Pour l'auteur, la tuberculine ne porte pas directement son action sur les lésions anatomiques ; elle n'agit qu'indirectement, en provoquant, de la part de l'économie, une active mise en œuvre de ses moyens de défense.

En faisant appel aux ressources défensives de l'organisme, la tuberculine réclame de l'économie un effort réactionnel subit et imprévu. Si l'organisme possède des ressources défensives suffisantes, rien de mieux, car l'armée des phagocytes mobilisés pourra triompher de l'infection. Si, au contraire, l'effort sollicité par la tuberculine doit venir d'un organisme affaibli, la réaction défensive post-tuberculineuse sera, non seulement dangereuse, mais inefficace.

En conséquence, les injections de tuberculine n'ont de raison d'être que si l'organisme est en état de se défendre, à condition que l'effort suscité ne soit pas au-dessus de ses moyens. C'est ce principe, remarquablement mis en lumière par Maréchal, qui fait la base de sa méthode.

Par ce qui précède, on se rend aisément compte que bien rares sont les tuberculeux chez lesquels la tuberculine seule puisse être, sans inconvénients, appliquée. Ce n'est qu'à l'extrême début de leur mal que leur terrain peut être capable de supporter sans risques l'effort réclamé par les injections. Mais si l'on parvenait, au moyen d'une voie détournée, à réveiller chez les tuberculeux à résistance défaillante l'énergie de leurs facultés défensives, on pourrait espérer que l'effort défensif demandé par les injections tuberculineuses, pourrait être plus aisément produit par l'économie.

Or, certaines substances permettent d'entraîner pour ainsi dire l'organisme en vue de la réaction défensive à déployer. Parmi ces substances, Maréchal a porté son choix sur certains composés créosotés, notamment sur le phosote ou phosphate neutre de créosote.

Par conséquent, si, avant de pratiquer l'injection de tuberculine, on prend la précaution de soumettre pendant quelques jours l'organisme à l'action de ce composé, on prépare et on aide sa défense de sorte que l'économie ne se trouve pas prise à l'improviste le jour où la tuberculine vient exiger d'elle un effort défensif soudain.

Pendant trois jours on pratique dans la région fessière une injection intra-musculaire de phosote, à la dose de 1 cc. le premier jour, de 2 cc. le second et de 2 ou 3 cc. le troisième. Le quatrième jour on fait, dans la région des flancs, une injection sous-cutanée de 1/4 de cc. de tuberculine de Maréchal, substance qui procède à la fois de la tuberculine de Koch et de celle de Denys, mais qui est plus diluée, puisque 1 cc. de la tuberculine de Maréchal contient seulement 1 milligramme de produit actif. Lorsque tous les phénomènes réactionnels ont disparu, on reprend la série de ces injections en ayant soin de n'augmenter la dose de tuberculine injectée que lorsque le cycle précédent n'a donné lieu à aucun symptôme de réaction.

L'auteur dispose de 6 observations : chez 2 malades, on a dû suspendre le traitement, chez les quatre autres, le traitement a été fort bien supporté et n'a donné lieu à aucun accident. On a obtenu chez eux la disparition des signes physiques et le retour à l'état normal.

E. Vogt.

Traitement de l'artériosclérose cérébrale au début (*Deutsche med. Ztg*, 1er et 4 février 1903). — Erlenmeyer modifie le traitement préconisé par Huchard, et recommande d'administrer toujours à la fois l'iodure de potassium et celui de sodium, parties égales. Il serait préférable, au point de vue de l'action thérapeutique, d'ajouter un troisième iodure à ce mélange, mais l'altérabilité de ces derniers s'oppose à leur emploi courant.

Il est en outre fort important de commencer par de faibles doses (0 gr. 5 gr. de principe actif par jour) : on augmente les doses peu à peu de façon à arriver à 5 grammes par jour le 37e jour de traitement.

Pour éviter l'iodisme, l'auteur fait ajouter à sa solution (240 gr d'eau), 5 grammes de bicarbonate de soude et recommande d'éviter tout aliment acide ou susceptible de provoquer la formation d'acides au cours de la digestion. De cette façon on évite tout phénomène d'iodisme. La solution iodurée sera toujours donnée à la fin du repas et avec beaucoup d'eau alcaline. Donner l'iodure dans du lait représente pour l'auteur une mauvaise pratique.

Erlenmeyer déconseille absolument de suivre les recommandations d'Huchard au sujet de l'interruption de la cure. Les arrêts de 8 jours, en cours de traitement, ne sont justifiés qu'en cas d'accidents accessoires. L'auteur n'arrête en général pas la médication avant que le malade ait absorbé 300 grammes d'iodures. Une fois les troubles morbides disparus, il ne faut pas abandonner la cure (l'auteur est d'accord avec Huchard à ce sujet), mais la continuer à titre prophylactique.

Comment expliquer l'action des iodures dans l'artériosclérose ? On a dit qu'ils abaissaient la tension artérielle : mais dans l'artériosclérose cérébrale, l'hypertension ne s'observe pour ainsi dire pas, surtout au début de l'affection. Or, c'est à ce moment que les iodures sont le plus efficaces. Il est probable que l'iode se combine aux molécules albuminoïdes de la tunique interne des artères : l'action des iodures serait en conséquence chimique.

Le régime de l'artérioscléreux doit, pour l'auteur, être plutôt réglementé au point de vue quantitatif que qualitatif.

E. Vogt.

Maladies du système nerveux

Dr P. Sainton

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine.

Résultats du traitement de l'épilepsie par la méthode de Richet-Toulouse, par Long (*Revue médicale de la Suisse Romande*, 20 janvier 1904). — Dans un cas où le traitement classique par le bromure à doses progressives et décroissantes avait échoué, l'hypochloruration a amené une cessation complète des crises depuis 18 mois, alors que la malade prend des doses de bromure moindres que celles auparavant prescrites. Dans un cas le résultat a été peu appréciable, dans deux autres il a été nul.

M. Long croit pouvoir établir les conclusions suivantes :

La méthode de Richet et Toulouse constitue un progrès certain dans le traitement de l'épilepsie; elle permet mieux que la méthode classique d'arrêter ou d'atténuer les accidents convulsifs ; elle diminue aussi la fréquence des vertiges et les absences, mais on ne peut évidemment pas plus que par le passé parler de guérison de l'épilepsie. Il n'est pas nécessaire enfin de faire une hypochloruration aussi complète que les auteurs l'ont faite au début; M. Long estime qu'une dose journalière de 6 à 8 grammes de chlorure constitue une hypochloruration suffisante et qu'il est inutile de l'abaisser jusqu'à 2 à 4 grammes, ration d'entretien d'après les physiologistes. On peut d'ailleurs saler les aliments et le pain avec du bromure de sodium.

Malgré quelques contradictions, Long croit que le traitement de Richet-Toulouse a une influence évidente sur l'évolution de la maladie.

L. Jumon.

Névrite périphérique, son traitement, par Broaddus Pritchard (*Medical News* 10 décembre 1903). — L'auteur fait ressortir certains faits au point de vue thérapeutique. Dans tous les cas de névrite, le repos fonctionnel constitue le facteur thérapeutique le plus important et doit être poussé au dernier degré. L'alimentation doit être abondante, surtout en ce qui concerne les corps gras, la crème, le beurre : on fera aussi des onctions avec de la lanoline. L'auteur a une grande confiance dans l'électricité et le massage, mais on ne doit jamais les employer d'une façon empirique ; on suivra les indications particulières à chaque cas. Il est très important de maintenir une température égale dans toutes les formes de névrite du nerf sensible, ce que l'on obtiendra par l'emploi de la

laine. On observera dans chaque cas les tendances et les prédispositions neuropathiques qui peuvent varier dans une grande mesure, afin de pouvoir leur opposer un traitement approprié. Les cas de névrite, excepté peut-être ceux qui sont d'origine mécanique ou traumatique dépendent souvent d'altérations de la nutrition ou leur sont associés. Il convient donc de tenir compte de la nature des maladies de la nutrition dans le traitement des névrites.

L. Jumon.

Injection d'acide osmique contre le tic facial, par Robert Abbe (*Medical Record*, 9 janvier 1904). — L'observation relatée a trait à un jeune homme que l'auteur a soigné depuis deux ans. Le malade souffrait alors d'une forme grave de névralgie faciale qui intéressait la branche moyenne de la cinquième paire du côté gauche. L'opération radicale ayant été refusée par le malade, on réséqua un pouce et demi du nerf en soulevant la joue après avoir largement incisé la lèvre. L'opération procura un résultat immédiat et permanent, mais il y a quelques semaines le malade commença à souffrir d'une douleur semblable dans la branche sus-orbitaire. La douleur était lancinante, électrique, revenant toutes les dix minutes pendant le jour, et le réveillant parfois pendant la nuit. Elle irradiait sur l'œil gauche et sur le cuir chevelu. L'auteur eut alors l'idée de recourir à une injection d'acide osmique dans le nerf, ainsi que l'avait fait avec succès Bennet. Le nerf fut mis à découvert à travers une petite incision le long du bord supérieur du sourcil et on injecta environ cinq gouttes d'une solution à 1 1/2 0/0 d'acide osmique dans la substance même du nerf. Les résultats immédiats ont été bons, l'auteur reviendra sur les résultats éloignés donnés par ce traitement.

L. Jumon.

Paralysie chronique du nerf facial, opération, guérison, par J. Crawford Renton (*British Medical J.*, 16 janvier 1904). — Il s'agit d'une jeune fille de 14 ans ayant eu pendant trois ans et demi un écoulement de l'oreille droite : la paralysie faciale existe depuis trois ans. A son entrée à l'hôpital il existait de la sensibilité de le région mastoïdienne, de l'accélération du pouls et de l'élévation de la température. On ouvrit l'autre avec le trépan électrique et il s'écoula une grande quantité de pus. Lorsque les symptômes aigus eurent disparu, on enleva dans les cellules mastoïdiennes et la cavité tympanique tout le tissu malade. La cavité étant couverte de granulations à la fin d'une semaine, on appliqua des greffes cutanées pour compléter la guérison. La malade fut envoyée à la campagne avec l'ordre de revenir au bout d'un mois afin de pouvoir corriger la paralysie en réunissant le nerf spinal au nerf facial. On ne pensait pas que les nerfs comprimés pendant si longtemps pussent se restaurer d'eux-mêmes. Lorsque la malade revint, la paralysie avait complètement disparu et les mouvements du côté droit de la face s'exécutaient normalement.

Comme on n'a pas employé l'électricité dans de cas, la guérison est parfaitement attribuable à l'opération qui a supprimé la compression amenée par l'inflammation chronique dans la caisse du tympan.

L. Jumon.

Le mal de tête en tant que symptôme et son traitement, par Ellice M. Alger (*Therap. Gazette*, décembre 1903). — Il s'agit d'un mal très commun sur lequel on a beaucoup écrit ; comme c'est surtout en connaissant ses causes qu'on peut le combattre efficacement, l'auteur en rappelle les principales : les causes toxiques de toutes sortes, à cette classe appartient la céphalalgie de la constipation, les céphalalgies nerveuses des névropathes, de la neurasthénie et de l'hystérie, la céphalalgie par compression par une collection ou une tumeur, les céphalées réflexes dues à des troubles oculaires, à des troubles digestifs, à des lésions nasales. La céphalalgie réflexe d'origine utérine est très commune ; elle tient à la congestion, à l'ulcération, à la dechirure du col ou à des déplacements de l'utérus. Elle s'exaspère aux époques menstruelles.

Presque tout le monde est sujet de temps à autre à de légères atteintes de céphalées dues au froid, aux émotions, à des écarts de régime, le traitement est simplement palliatif, mais lorsque le mal de tête est rebelle, persistant, il faut étudier avec soin sa symptomatologie et ses causes. L'auteur recommande comme traitement d'attente la formule suivante :

Acétanilide.....	4 grammes
Bromure de sodium.....	8 —
Citrate de caféine.....	0 gr. 25
Elixir de guarana.....	60 grammes

Une cuillerée à thé toutes les trois heures pendant l'accès.

Bien entendu, ce traitement symptomatique est inutile dans les cas d'affection cranienne, de néphrite ou d'autres maladies organiques. Le traitement de la céphalalgie permanente est celui de la maladie qui la cause.

L. Jumon.

Maladies du Larynx du Nez et des Oreilles

Dr COURTADE

Ex-chef de clinique à la Faculté de Médecine.
Ancien interne des hôpitaux.

Traitement de l'angine phlegmoneuse, par Escat (*Arch. médic. de Toulouse*, 1er janvier 1904). — L'intervention opératoire dans l'angine phlegmoneuse peut être suivie d'accidents, tels que : hémorragie, syncope cardiaque, spasme de la glotte; aussi, bien des praticiens s'abstiennent-ils d'intervenir.

Cependant, il est des angines phlegmoneuses, redoutables par les complications possibles : œdème ou phlegmon de la glotte, compression ou accidents septiques du côté du faisceau vasculo-nerveux, dyspnée, et qui obligent le médecin à autre chose qu'à l'expectation. Il peut donc y avoir nécessité et urgence à opérer.

Le foyer primitif de la périamygdalite phlegmoneuse est le *récessus palatin* (Kilian), variable dans ses dimensions et sa direction, dont l'ouverture répond à la fossette sus-amygdalienne; on l'appelle aussi *sinus de Tourtual*.

Comme la plupart des angines phlegmoneuses siègent dans cette cavité, on peut donner issue au pus par trois procédés.

Le procédé de Ruault consiste à rechercher l'orifice avec le stylet coudé amygdalien et à l'agrandir; on tourne le bec du crochet en dehors, puis en bas; enfin, si on ne trouve pas l'orifice, en haut vers le voile.

Le procédé de Killian consiste à engager dans le canal du récessus Palatin une pince à deux branches pour en faire la dilatation; quand la pince a trouvé le canal, on écarte les branches, et le pus s'échappe brusquement au dehors. Pour ce mode d'intervention, Escat se sert du dilatateur à trachéotomie et a obtenu plusieurs succès.

Le procédé de Lemaître n'est autre que l'ouverture de la collection à travers le voile. L'incision doit être faite à un demi-centimètre du bord du pilier antérieur et à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen de ce pilier; du reste, le toucher avec le doigt indique en ce point une dépression en boutonnière (signe de Lemaître).

L'incision doit avoir 1 centimètre de long en moyenne, 2 centimètres de profondeur.

Quand le procédé de Killian ne réussit pas, il faut recourir à l'incision. S'il se produisait une hémorragie inquiétante, on tamponnerait la plaie avec une mèche de gaze ou de pengawar.

L'ouverture avec la pointe du galvano-cautère est plus douloureuse et produit une plaie béante; elle ne présente pas d'avantages sur l'ouverture au bistouri.

A. Courtade.

Traitement abortif de l'amygdalite (*Pester med. chir. Presse* nos 4 et 5 1904). — Szentgyœrgy a publié, il y a 4 ans, un travail concernant l'action spécifique de la quinine dans l'amygdalite aiguë. Après administration du remède, il se produit au bout de 4 à 5 heures une transpiration abondante et, au cours des 24 heures suivantes, toute manifestation locale disparaît. Cette réaction est tellement typique qu'elle peut être utilisée au point de vue du diagnostic différentiel. Les angines scarlatineuses et diphtéritiques ne sont en effet absolument pas influencées par la quinine.

Dans ces dernières années, l'auteur a pu s'assurer que ses observations publiées il y a 4 ans étaient absolument exactes. La quinine est un spécifique de l'amygdalite simple aussi bien que de la malaria. Mais le médicament n'a, dans l'amygdalite, aucune action prophylactique, car, dans les cas où une amygdale se prend après l'autre, la quinine doit être administrée à nouveau pour combattre la seconde inflammation, qui, sans cette intervention, évoluera comme si aucun traitement n'avait été auparavant institué.

Pour obtenir un effet thérapeutique suffisant, il faut administrer au moins 0,50 gr. chez l'adulte, en deux doses à 1/2 heure d'intervalle, le soir.

E. Vogt.

Rapports entre l'hypertrophie de l'amygdale pharyngienne et le bégaiement (*Wiener med. Wochenschrift*, 6 février 1904). — Zwillinger rappelle qu'un grand nombre de bègues présentent des végétations adénoïdes : il arrive souvent que l'ablation de ces dernières guérit le bégaiement, mais on observe parfois que le bégaiement reparaît quelque temps après l'opération, ce qui semble devoir faire admettre une action de suggestion. Il est certain, d'un autre côté, que beaucoup de bègues ne présentent pas de végétations, mais ce n'est pas une raison pour s'abstenir quand ces dernières existent.

En résumé, la relation de cause à effet entre le bégaiement et les végétations n'est pas admissible, mais l'ablation de ces dernières, ayant pour conséquence un relèvement de l'état général, facilitera la tâche du pédagogue chargé de guérir le bégaiement.

E. Vogt.

Ophtalmologie.

Dr Darier

Ancien Président de la Société d'ophtalmologie

L'huile grise compacte en massage sous-palpébral, pour remplacer les injections sous conjonctivales en thérapeutique oculaire, parle Dr Louis Vacher (*La Clinique Opht.*, février 1904). — Darier dans ses leçons de thérapeutique oculaire consacre un chapitre (24e) au massage oculaire, employé dès la plus haute antiquité dans le traitement du trachome et des kératites.

Ce n'est donc pas une question nouvelle, mais il est intéressant de noter les résultats que M. Vacher a obtenus en faisant du massage oculaire un emploi fréquent, avec une pommade hydrargique dont voici la formule, qui n'est autre que celle de l'huile grise rendue compacte et stable, afin d'en faciliter l'emploi.

Pour 100 grammes :

Mercure purifié.....	27	grammes
Pommade mercurielle double.....	6	—
Lanoline anhydre.....	45	—
Huile (vaseline ou amande douce).....	22	—

Les conjonctives et la cornée ne supportent pas facilement le contact de certains sels mercriels et leur emploi provoque une réaction intense et des douleurs vives, lorsque le médicament n'est pas de préparation récente ou de pureté parfaite.

L'huile grise, rendue compacte et toujours homogène par l'addition de lanoline, est le seul topique de ce genre, qui ne provoque ni irritation ni douleur par le massage.

Dès ce moment, l'auteur l'a employée exclusivement en friction sur le bord ciliaire, en massage de la cornée et des conjonctives, en pansement du sac lacrymal et des culs-de-sac conjonctivaux.

Le massage hydrargique agit de deux manières : 1° par son action mécanique modificatrice de la circulation intra-oculaire, de la circulation conjonctivale et palpébrale. Il doit se pratiquer différemment suivant qu'on veut agir sur la cornée, l'iris, le cercle périkératique ou sur les membranes profondes de l'œil, en favorisant l'absorption du mercure par les conjonctives. Il faut donc s'adresser aux corps gras et choisir ceux qui facilitent le plus l'introduction du médicament dans les tissus oculaires. L'huile grise additionnée de lanoline ou d'axonge remplit toutes les conditions désirables, tout en étant facile à préparer, d'un emploi commode et d'un dosage suffisant. Si l'on veut agir sur un ulcère infecté de la cornée, il faudra d'abord curéter cet ulcère, puis le remplir de pommade grise et frictionner directement au moyen d'une tige en verre mousse, de manière à faire pénétrer le mercure dans les bords de l'ulcère. Cette cupule remplie de substance antiseptique recouverte par la paupière, conservera longtemps le médicament en contact avec les points infectés, et la réparation ne tardera pas à s'effectuer.

Si l'on veut agir sur une iritis séreuse, on emploiera le massage radiaire du centre de la cornée à la périphérie, dans toutes les directions, pour faciliter la rupture des synéchies et agir sur le petit cercle de vaisseaux de l'iris, en favorisant la circulation de retour. L'absorption du médicament se fera surtout par la conjonctive périphérique.

Si c'est à une chorio-rétinite qu'on a affaire, c'est au massage circulaire périphérique qu'il faut avoir recours.

Le malade sera couché bien horizontalement, les paupières seront bien soulevées, afin que les culs-de-sacs soient baignés par l'huile rapidement fluidifiée. Des pressions circulaires seront faites méthodiquement pendant plusieurs minutes pour que le médicament pénètre bien dans l'épaisseur des conjonctives.

Nous avons dans le massage hydrargyrique l'absorption assurée d'une quantité de mercure suffisante, et l'action mécanique indéniable du massage, nous avons en outre la possibilité de confier cette médication à quelqu'un de la famille du malade, et de la renouveler aussi souvent qu'il est convenable, sans crainte d'erreur, d'accident, de complication, surtout sans douleur pour le patient.

Beaucoup de malades atteints de récidives et soignés antérieurement par d'autres procédés ont manifesté leur satisfaction de cette méthode qu'ils pouvaient comparer avec les traitements antérieurs.

Dans les blépharites ulcéreuses, les massages du sol ciliaire avec l'huile grise sont très actifs. On commence par faire tomber toutes les croûtes. Le massage du sol ciliaire s'exécute ensuite avec une tige de verre mousse enduite de la pommade hydrargyrique ou avec un tampon d'ouate.

Il est renouvelé tous les jours ou tous les deux jours. Ce massage est moins douloureux que celui avec la pommade jaune ou le calomel ; son action est rapidement cicatrisante. Dans les affections kérato-conjonctivales superficielles si fréquentes chez les enfants, les massages hydrargyriques faits tous les jours ou tous les deux jours font merveille,

Ulcère infecté de la cornée, ulcère à hypopyon. — On commence par cureter entièrement l'ulcère, puis on remplit son cratère d'huile grise et on fait un massage par pression avec une tige en verre mousse et ensuite un massage périphérique avec une nouvelle quantité de médicament pour en faire absorber le plus possible par les conjonctives.

Iritis. Irico-choroïdite. — Dans le traitement de ces graves affections, il faut employer les mêmes massages joints à l'atropine, aux lotions chaudes, etc.

Choroïdite disséminée ; choroïdite musculaire, névrites optiques. — Les affections des membranes profondes de l'œil, sont heureusement modifiées par les massages hydrargyriques.

Dans plusieurs cas de myopie progressive avec poussées de chorio-rétinite, péri-maculaire, V... a constaté de même les bons effets du massage hydrargyrique.

Le mercure pénétrant en nature dans l'épaisseur des conjonctives, sans produire aucune irritation, agit directement sur les lésions d'une manière plus douce et plus continue. Son action curative intense s'ajoute à l'action mécanique du massage, dont personne actuellement ne conteste les excellents effets.

(Tout cela n'est pas nouveau, nous l'avons écrit déjà en 1888 : *massage à la lanoline hydrargyrique dans les affections de la cornée et de la conjonctivite* — (Société française d'ophtalmologie —) nous sommes heureux de le voir reprendre par M. Vacher ; mais si le massage est un de nos plus puissants agents physiques, il ne faut pas pourtant lui faire remplacer tout les autres traitements et surtout les injections sous-conjonctivales qui, bien pratiquées, constituent un des plus grands progrès thérapeutiques de ces dernières années).

A. Darier.

Traitement opératoire de l'ulcère serpigineux de la cornée par le Dr Schulte. (*Ophtalmologische Klinik*, n° 1, 1904). — Actuellement, on traite l'ulcère serpigineux de la cornée de deux façons, soit par l'incision de Sæmich, soit par la cautérisation galvanique du fond de l'ulcère, avec ou sans ponction de la chambre antérieure.

Pour éviter les inconvénients de ces deux méthodes, l'auteur emploie depuis longtemps déjà « la ponction ponctiforme » du fond de l'abcès au galvanocautère. On pratique avec une pointe asusi fine que possible (par exemple celle qui sert à brûler la racine des cils), une petite perforation au niveau de l'ulcère, afin de faire circuler l'humeur aqueuse.

Il n'y a aucun danger de blesser le cristallin, si l'humeur aqueuse s'écoule lentement, car on peut retirer facilement la pointe du galvanocautère, et d'autre part l'humeur aqueuse refroidit rapidement cette pointe. Si l'hypopion n'est pas considérable on ne s'en préoccupe pas autrement, il s'écoule par le petit pertuis ou se résorbe. S'il est plus abondant, et si du fait de sa nature filamenteuse, il a peu ou pas de tendance à se résorber, on aura soin de pratiquer tout d'abord une ponction de la chambre antérieure, à la partie inférieure du limbe scléro-cornéen. Le pus s'étant écoulé, et la chambre antérieure réformée, on fera alors seulement la ponction ponctiforme au galvanocautère, du fond de l'abcès. Le plus souvent, la chambre antérieure se reforme très rapidement, et la plaie est bouchée par une petite masse blanc-jaunâtre. On enlève très facilement cette masse deux fois par jour avec une aiguille à corps étranger, jusqu'à ce que l'ulcère se déterge : on laisse enfin la perforation se fermer.

A. Darier.

Traitement des taies de la cornée par des injections sous-conjonctivales de benzoate de lithine (*La Clin. Oph.*, fév. 1904), par A. Oliveres. — Après s'être convaincu par plusieurs expériences sur le lapin qu'une solution de benzoate de lithine à 1 0/0, injectée sous la conjonctive, était très bien supportée et s'absorbait avec facilité, Oliveres a tenté cette thérapeutique dans trois cas de leucomes cornéens.

Ces trois cas, dont l'amélioration de l'acuité visuelle est bien manifeste, en bien peu de temps, permettent de formuler les conclusions suivantes :

1° Le benzoate de lithine en injections sous-conjonctivales amène en bien peu de temps un éclaircissement des taies de la cornée et une amélioration dans l'acuité visuelle ;

2° Dans les trois malades traités, il a suffi de trois à six injections d'une demi-seringue de Pravaz pour obtenir le maximum d'amélioration ;

3° Ces injections doivent être préférées aux instillations de la même substance, car, se réabsorbant avec une grande facilité et pénétrant dans toutes les couches de la cornée, elles doivent agir beaucoup plus rapidement, et leur action, de même, doit-être plus complète ;

4° Les injections sous-conjonctivales de benzoate de lithine à 1 0/0 sont admirablement supportées et ne produisent pas la moindre irritation.

A. Darier.

Recollement de la rétine consécutif à la formation d'une cataracte secondaire et à la résorption spontanée de cette cataracte, par le Dr W. Nicati (*La Clin. Oph.*, février 1904). — Aux faits relatés par Leber et par O. Lange (voir *Clinique Ophtamologique* de janvier dernier) de recollement de la rétine consécutif à la formation d'une cataracte, il y a lieu d'ajouter le suivant, qui est en même temps un exemple de résorption spontanée du cristallin cataracté.

M. B..., 46 ans, s'est aperçu pour la première fois en février 1886, à la chasse, de la mauvaise vue de son œil gauche; compte les doigts à 4 m.; champ visuel aboli en haut. Décollement de la moitié inférieure de la rétine, n'atteignant pas la papille. (Accidents spécifiques antérieurs datant de 15 ans, fièvres d'Afrique). M. Galezowski aurait pratiqué l'aspiration de l'épanchement sous-rétinien. La vue, d'autre part, n'a cessé de décroître, le décollement persistant. Il y a des adhérences pupillaires et un commencement de cataracte. En juillet 1895, après sept années d'intervalle ; cataracte totale, vision abolie (V. = 0), le 21 avril 1898; même état avec cette différence qu'il y aurait à gauche une trace de perception lumineuse. Enfin, le 5 novembre 1902 la scène a totalement changé. M. B... voit mal de son œil droit, mais voit mieux de l'œil gauche. Cataracte nucléaire à droite. Plus trace de cataracte à gauche, où la pupille est entièrement libre derrière l'iris ballottant, la rétine recollée et le champ visuel entier ou presque entier. Toujours pas trace de cristallin qui paraît bien et dûment résorbé, et pas traces non plus de décollement.

Voilà donc un décollement avéré, observé pendant douze années consécutives, ayant entraîné l'abolition complète ou presque complète de la sensation visuelle, et qui, trois ans après la dernière constatation, est guéri en même temps que la cataracte s'est spontanément résorbée. La guérison est telle que l'acuité visuelle égale celle des bons opérés de cataracte.

A. Darier.

Maladies vénériennes
Maladies de la Peau

Dr MOREL-LAVALLÉE

Médecin des Hôpitaux.

Traitement du lupus érythémateux, par le Pr Gaucher (*Rev. Internat. de méd. et de chirurgie*, 10 janvier 1904). — En présence de lésions fixes, localisées, torpides, on aura recours à des médications irritantes.

Le procédé le plus employé est celui des *cautérisations multiples* : de tous les caustiques, celui qui paraît donner les meilleurs résultats, est un mélange à parties égales de teinture d'iode et d'acide acétique cristallisable. C'est un liquide assez caustique et néanmoins assez bien toléré. Son application détermine une irritation des surfaces malades qui peu à peu amène la résorption de l'infiltration embryonnaire et la guérison de la plaque *par cicatrice* (prévenir le malade) : celle-ci peut être de moindre étendue que la plaque primitive, mais sa production est inévitable.

Tous les malades ne supportent pas également bien les badigeonnages caustiques. Chez certains, on peut les renouveler plusieurs fois par jour, chez d'autres seulement deux ou quatre fois par semaine.

En pareil cas, on calmera l'irritation de la peau, en appliquant dans l'intervalle des cautérisations, des pommades inertes (pommade à l'oxyde de zinc), ou des compresses humides ou mieux encore en faisant des pulvérisations d'eau bouillie, une ou deux heures après la cautérisation.

Dans certains cas, on peut être amené à remplacer ces caustiques liquides par des pommamades et même des emplâtres. L'auteur préfère l'acide salicylique 5 à 10 0/0 et la résorcine en pommade, parce que l'acide pyrogallique teint la peau de façon déplaisante et durable; de plus, il est toxique. La pommade de résorcine contiendra 1 gr. de résorcine pour 10 gr. de vaseline, et sera additionnée d'une certaine quantité de poudre de talc, d'oxyde de zinc ou d'amidon pour lui donner une consistance pâteuse. On recouvrira la peau ointe de cette pommade avec un linge ou un morceau de flanelle.

Les cas rebelles aux caustiques se trouvent bien des emplâtres de savon noir, qui sont beaucoup moins irritants ; on les prépare en délayant un peu de savon noir dans une petite quantité d'alcool et en étalant le mélange sur un morceau de linge ou de flanelle : on forme un emplâtre qu'on laisse appliqué pendant 2 à 3 heures, parfois durant toute la nuit. On procèdera avec prudence et ménagement. L'emplâtre de savon noir détermine une rubéfaction de la peau. Après l'avoir enlevé on fera une pulvérisation d'eau bouillie. Quelques jours après, on fera encore une application de l'emplâtre. On arrivera ainsi peu à peu à faire résorber les lésions rebelles.

Quand les irritants chimiques auront échoué, on aura recours aux *scarifications*; ce moyen peut être employé d'emblée, quand on a affaire

à des formes assez profondes, fixes et durables dont on ne pourrait venir à bout qu'au bout d'un temps très long par les applications caustiques.

On fait des incisions superficielles, parallèles, distantes de 1 ou 2 mm., et on les entrecroise d'une série d'incisions semblables dirigées perpendiculairement ou un peu obliquement aux premières. Cette opération doit être répétée tous les huit ou quinze jours, suivant l'état de sensibilité de la peau malade. Ensuite on applique, pour étancher le sang, un peu d'ouate hydrophile pendant quelques minutes, puis on fait une pulvérisation d'eau bouillie ou on applique un tampon d'ouate imbibé de cette eau.

Enfin, si les scarifications elles-mêmes échouent on recourra à la *cautérisation ignée*, qui consiste ici à détruire par le galvanocautère les nodules périphériques de la plaque érythémateuse.

E. Vogt.

Traitement du lupus nasal grave (*Ann. et Bull. de la Soc. de méd. d'Anvers*, décembre 1903). — Trétrop dispose de deux observations de malades traités par l'ablation du tissu tuberculeux à la curette sanglante, suivie de l'application d'une solution de formaline (formol) à 10 0/0.

Le curettage, précédé d'anesthésie au coryleur, a donné lieu à une hémorragie abondante qu'on arrêta par des applications d'eau oxygénée. Les badigeonnages à la formaline furent faits le lendemain et souvent répétés.

Les deux malades, après 2 ou 3 curettages, furent extrêmement améliorés : on ne pourrait, dans l'état actuel, 5 à 6 semaines après le début du traitement, soupçonner l'étendue et la gravité des lésions qui ont existé avant le début du traitement.

E. Vogt.

Le traitement externe du psoriasis (*Deutsche med. Wochenschrift*, 28 janvier 1904). — Herxheimer estime que le traitement interne par les arsenicaux est pour ainsi dire indispensable en cas de psoriasis. La grande majorité des malades dont il parle ont été soumis à ce traitement, en même temps qu'ils recevaient un traitement externe.

Les psoriasiques ayant eu plusieurs récidives se refusent en général aux applications de chrysarobine, qui a le tort de modifier la coloration cutanée et de provoquer des dermatites. L'auteur a donc étudié un autre produit provoquant des effets oxydants énergiques, c'est le *peroxyde de zinc*, se présentant sous l'aspect de cristaux blancs : c'est un sous-produit de fabrication du peroxyde de sodium. Les acides de la peau décomposent le peroxyde de zinc en oxyde de zinc et oxygène.

Si on mélange le peroxyde de zinc à un corps gras, l'oxygène agit à la longue sur les acides gras, il se forme de l'oléate de zinc et la pommade irrite la peau d'une façon intense. Il est donc préférable de choisir la vaseline comme excipient : l'auteur a ainsi utilisé un mélange à 10 0/0 de principe actif.

Sur 30 psoriasiques ainsi traités à la policlinique, 16 ont été guéris, dont 9 sans traitement arsenical concomitant. La durée moyenne de ce traitement a été de 3 mois. Sur 6 malades traités à l'hôpital, 3 ont guéri en un mois en moyenne, 3 partirent améliorés.

Ces constatations faites, l'auteur a cherché à combiner le traitement par le peroxyde de zinc avec l'emploi de goudrons, aussi peu irritants que possible. Il a reconnu que le chloréthylalcoolat de goudron de houille ou *lithanthrol* présentait à ce point de vue un maximum d'avantages. On peut ajouter à l'onguent de peroxyde de zinc jusqu'à 50 0/0 de lithanthrol sans provoquer de dermatite.

Sur 45 psoriasiques ainsi traités, 25 ont été guéris, les autres, visiblement améliorés, sont encore en traitement.

26 malades furent traités par des badigeonnages de lithanthrol pur ; ils ont donné 17 guérisons ; 9 sont encore en traitement.

En résumé, ce procédé nouveau, a le grand avantage d'être efficace, de ne pas provoquer de décoloration de la peau, de ne pas tacher le linge et de ne pas irriter le rein ou le tégument cutané. Le traitement interne par l'arsenic ne sera pas négligé.

E. Vogt.

Traitement des nœvus pigmentaires par l'eau oxygénée à 30 0/0 (*Monatsh. f. prakt, Dermat.* n° 11 1903). — Cohn a soigné trois cas de nœvus pigmentaires disséminés de la face, par des applications biquotidiennes d'eau oxygénée à 30 0/0. Au bout d'un quart d'heure, les points traités étant séchés, on appliqua de l'emplâtre à l'oxyde de zinc ; d'autres fois, on ne fit aucun pansement consécutif.

En un mois, la plus grande partie des nœvus avait disparu sans douleurs appréciables.

E. Vogt.

Gynécologie et Obstétrique.

Dr R. BLONDEL.

Chef de laboratoire

à la Maternité de la Charité.

Traitement d'un épithélioma de la vulve par les rayons X (*Arch. d'électr. médicales*, 10 janvier 1904) — RAYMOND et CHANOZ donnent l'observation d'une malade atteinte depuis trois ans, arrivée à un état marqué de cachexie.

En moyenne, l'ampoule est placée à 10 cent. : l'application dure de cinq à quinze minutes, le plus ordinairement douze minutes. Les séances ont lieu, en général, deux fois par semaine. Les applications sont faites, les premières surtout, avec une extrême prudence, dans la crainte d'une radiodermite. La région exposée aux radiations est minutieusement surveillée, les parties saines protégées par des lames de plomb.

Une légère rougeur apparaît sur la grande lèvre droite et la cuisse gauche, vers le troisième mois de traitement. Un pansement à la vaseline, la protection par des lames de plomb pendant les séances suivantes, ont permis d'éviter l'aggravation de ces brûlures.

Vers les quatrième et cinquième séances, le fait suivant se produit; le suintement donné par la partie malade devient *très abondant*, c'est un véritable écoulement jaune sale, plein de débris néoplasiques. L'odeur qui se dégage est intolérable.

Dans les jours qui suivent, la patiente paraît amélioriée. Les forces diminuent encore; un muguet abondant s'installe dans la bouche.

La déchéance est extrême; on a l'impression d'une sorte *d'auto-intoxication par le liquide résorbé*.

Après deux nouvelles applications, les phénomènes s'amendent, le muguet disparaît, l'écoulement devient moins abondant, inodore. Après la septième application, la malade pour la première fois, annonce qu'elle a été très nettement calmée.

La plaie se détarge, les bourgeons néoplasiques disparaissent comme s'ils avaient fondu dans l'écoulement. Le 21 août, trois semaines après, on constate que la partie antérieure clitoridienne de la plaie paraît se rider, se dessécher. La lèvre droite, auparavant indurée, est actuellement souple, flexible dans sa partie supérieure. Un bourgeon néoplasique qui existait un peu en dehors de la grande lèvre gauche, vers le fesse, est maintenant flétri.

A la quinzième séance, le teint de la malade est devenu rosé; les forces reparaissent. La malade marche sans appui, monte et descend facilement.

La partie supérieure clitoridienne est devenue souple, débarrassée de bourgeons néoplasiques. Elle a très bon aspect, paraît en voie de cicatrisation. *Les ganglions inguinaux sont très diminués de volume.* En ce qui concerne la partie postérieure avoisinant l'anus, les modifications sont moins appréciables. La partie postérieure de la lèvre droite est indurée. La défécation est toujours pénible. Les douleurs anales nécessitent quelques piqûres à l'héroïne.

Cette région postérieure a été bien moins favorablement impressionnée que la partie antérieure de la vulve. Pendant les applications, la malade était placée dans le décubitus dorsal, le siège très légèrement relevé (10 centimètres), les jambes écartées. Dans ces conditions, le tube de Crookes intéressait par son rayonnement davantage la partie antérieure plus accessible et qui, plus douloureuse, avait surtout, à l'origine, attiré l'attention. Dans les applications suivantes, les auteurs se proposent d'agir sur la région anale.

E. VOGT.

Interruption de la grossesse comme moyen thérapeutique en cas de maladies internes (*Cronica della Clinica Medica di Genova*, 1er avril 1903). — E. MARAGLIANO, à propos d'une jeune femme atteinte d'insuffisance et rétrécissement de la mitrale, enceinte de trois mois, revient sur ses idées précédemment publiées, concernant l'interruption de la grossesse. Il rappelle que déjà en 1893, Leyden et lui étaient d'accord pour considérer juste et nécessaire l'interruption de la grossesse dans les cardiopathies hypostoliques.

Maragliano pense aujourd'hui qu'il est nécessaire de pratiquer l'avortement précoce chez les cardiaques si elles accusent des symptômes d'hypoystolie ou si il y a lieu de la craindre.

L'interruption de la grossesse doit être conseillée par le médecin chaque fois qu'il a affaire à une femme tuberculeuse; il doit conseiller d'un autre côté l'avortement précoce si la grossesse est dans son commencement. Il ajoute encore qu'il y a même une certaine tendance à conseiller cette pratique en cas de maladie rénale.

E. Maragliano est enfin de l'avis que les droits suprêmes de la mère réclament comme nécessaire l'interruption de la grossesse et l'avortement précoce, non seulement en cas de danger immédiat, mais aussi chaque fois qu'il y a des raisons sérieuses permettant de croire la mère en danger de mort imminent ou plus éloigné.

A.-L. PERCEVIA.

Le dilatateur en obstétrique. (*Thérapeutique moderne russe*, nos 7 et 8, 1903). — Ratschinski estime que dans l'application du dilatateur de Bossi on doit avoir en vue deux groupes de cas. Dans le premier groupe, il faut classer les cas où le col de l'utérus est effacé; dans l'autre, les cas où le col existe encore. Dans le premier groupe, le dilatateur de Bossi peut rivaliser avec succès avec la dilatation sanglante ou digitale. Au contraire, dans les cas où le col n'est pas effacé, le dilatateur de Bossi peut être comparé à l'opération césarienne d'après le procédé de Dührssen.

Evidemment, là où il importe de déterminer l'accouchement dans l'intérêt de la mère, tout procédé est bon. Si, au contraire, on cherche à avoir un enfant vivant, il faut songer à l'opération césarienne vaginale.

Ce qu'il importe de noter, c'est que la dilatation de l'utérus par le dilatateur de Bossi ne correspond pas du tout à cette dilatation physiologique normale qui s'observe dans l'accouchement normal, lorsque le col, sous l'influence des contractions du segment supérieur de l'utérus, se dilate et s'amincit progressivement; faisant partie du segment inférieur de l'utérus, il perd ses propriétés contractiles. Le dilatateur de Bossi, lui, dilate tous les segments de l'utérus également; les muscles circulaires du col ne perdent pas leurs propriétés contractiles ; c'est cette dernière circonstance qui peut constituer un obstacle à l'extraction consécutive de l'enfant.

Mais dans les cas où le col n'est pas effacé et où l'on n'a aucune raison de précipiter la terminaison de l'accouchement, le dilatateur de Bossi peut se montrer très utile pour la dilatation préalable du canal cervical.

Enfin Ratschinski estime que le dilatateur de Bossi exige encore pas mal de modifications pour devenir un instrument commode.

Un autre auteur russe, Mitrofanoff, en se basant sur ses observations, considère le dilatateur de Bossi comme parfaitement indiqué pour des dilatations rapides du col. Cependant, si le col n'est pas effacé, il détermine des ruptures du col lui-même et aussi probablement du segment inférieur de l'utérus et c'est là que se trouve l'inconvénient de ce dilatateur.

Au lieu d'effacer le col, comme cela se produit dans l'accouchement physiologique, il ne fait que le dilater. En outre, le dilatateur de Bossi présente d'autres inconvénients : il est compliqué, difficile à nettoyer; la pression qu'il exerce sur le canal cervical, n'existe en réalité que sur les points où ses branches se trouvent être en contact avec les parois de ce canal, tandis que les portions situées dans les intervalles des branches. sont soumises à une dilatation exagérée.

J. Roublefff.

Pédiâtrie

Dr E. THIERCELIN

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine.

Traitement de la pleurésie purulente chez l'enfant, par E. Ausset (*Echo médical du Nord*, 31 janvier 1904). — Quand on se trouve en présence d'une pleurésie purulente à pneumocoques récente, il ne faut pas essayer l'évacuation par la ponction exploratrice. En voici la raison : le pus à pneumocoques est très épais, il s'aspire très difficilement, et les gros exsudats purulents abondants qu'il contient ne peuvent être aspirés. Il serait déplorable dans ce cas de se servir d'un gros trocart ou d'une grosse aiguille qui créerait à travers la paroi un large trajet dont les bords seraient infectés par le pus de la plèvre ; la cavité pleurale pourrait être vidée qu'il resterait toujours par l'orifice un léger suintement purulent suffisant pour infecter la paroi.

En tout cas si on a décidé de faire la ponction aspiratrice et que le liquide se reproduise, il faut sans hésitation faire la pleurotomie ; opération simple que tout médecin peut faire.

Si l'épanchement est gros, libre, on incise un peu en arrière de la ligne axillaire dans le sixième espace intercostal ; il ne faut pas inciser trop bas ; on risquerait chez les enfants de pénétrer dans l'abdomen. L'incision postérieure de Walther dans le neuvième espace nécessite la traversée de plans musculaires épais, et oblige le malade à garder une position fatigante. Pour le choix de l'incision on se guidera sur les signes physiques observés et sur les indications fournies par la ponction exploratrice : on pourra même laisser l'aiguille en place après la ponction, car elle servira de guide.

La résection costale ne doit pas être rejetée ni adoptée d'une façon systématique. Dans toute circonstance, il faut assurer un drainage parfait, le drain étant gros et allant jusqu'à la rencontre du poumon ; on le raccourcira à mesure qu'il sera repoussé par le poumon qui se dilate. Le drain doit être laissé en place tant que persiste l'écoulement. Mais dans les cas chroniques, il faut tenter d'enlever le drain qui peut alors entretenir la suppuration. Le drain en caoutchouc doit être préféré à la mèche de gaze qui absorbe le pus, mais empêche ensuite l'écoulement.

Les lavages sont d'une utilité contestable dans les pleurésies à pneumocoques ; on les réservera pour les cas où les fausses membranes, les exsudats fibrineux sont très épais et abondants et lorsqu'il y a avantage à dégager la plèvre. Un seul lavage suffit après l'opération ; on emploiera une solution de permanganate de potasse à 0,25 pour 1000.

L'intervention doit être beaucoup plus rapide dans les pleurésies à steptocoques. La pleurotomie s'impose, suivie de lavages antiseptiques, comme dans les pleurésies putrides.

Le traitement ne donne que des résultats médiocres dans la pleurésie tuberculeuse, et l'enfant succombe en général à la généralisation, à la cachexie ou à la dégénérescence amyloïde.

L. Jumon.

Traitement de la pneumonie chez les enfants, par J.-E. Winters (*Medical Record*, 19 décembre 1904). — Pour l'auteur, la pneumonie lobaire chez les enfants a une tendance naturelle à la guérison ; il ne faut donc pas prescrire un traitement perturbateur. L'enfant doit être tenu chaudement au lit dans une chambre ayant une température d'au moins 22°. Le froid extérieur, en effet, amène la contraction des vaisseaux périphériques, ce qui peut accroître le travail du cœur et augmenter la congestion dans les vaisseaux pulmonaires déjà malades. En outre, comme la déperdition de calorique a lieu surtout par la peau, il importe que les vaisseaux cutanés soient dans un état de dilatation pour favoriser la radiation et l'abaissement de la température centrale. S'il existe de l'agitation, on donnera à l'enfant de petites doses de poudre de Dower, qui est un excellent diaphorétique. L'aconit est très indiqué dans le premier stade de la pneumonie. L'auteur conseille de ne pas donner de lait avant que la soif de l'enfant soit complètement calmée par de l'eau. On doit avoir soin de l'état de l'estomac et de l'intestin ; une pneumonie chez l'enfant est plus grave lorsqu'il y a de la distension abdominale. On doit éviter l'alcool et n'en donner qu'avec prudence, seulement dans le dernier stade. Les enfants atteints de pneumonie ne succombent pas à l'asthénie cardiaque, mais aux troubles respiratoires. Lorsqu'on est obligé de donner de l'alcool, au moment de la crise, par exemple, il est préférable de le donner par le rectum avec de l'eau chaude. L'oxygène sera indiqué dans les cas graves de pneumonie dès le début.

Kerley recommande de changer les malades de chambre matin et soir, afin d'aérer pendant une demi-heure. La communication avec l'air extérieur doit être permanente. Les pansements protecteurs sur la poitrine, la soie imperméabilisée doivent être évités, car ils rendent les enfants plus irritables et plus exposés pendant la convalescence. L'alimentation doit être légère et on doit donner un lavement s'il n'y a pas de selle dans les vingt-quatre heures.

Il est rarement utile de recourir à la digitale. L'auteur n'emploie les antipyrétiques que si l'abaissement de la température améliore l'état du cœur, diminue le délire et procure le sommeil. Les compresses froides sont un excellent moyen d'abaisser la température, et Kerley ne croit pas, comme Winters, que le froid détermine de l'agitation. Les enveloppements mouillés doivent être à 32° ou 35°. L'expérience apprend d'ailleurs quelle est la température qui convient le mieux. Dans la broncho-pneumonie, Kerley recommande les applications sinapisées sur la poitrine, les inhalations de vapeurs créosotées, à raison de vingt gouttes de créosote pour 250 cc. d'eau. L'oxygène est très utile, mais il doit être donné d'une façon intermittente.

L. Jumon.

Pharmacologie

Dr E. VOGT.

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

Le bromure de radium, notes sur son emploi, par Mackenzie Davidson (*Brit. med.. J.*, 24 janvier 1904). — Il semblait très probable que les radiations du bromure de radium, en raison de leur nature et de leurs propriétés, seraient utiles dans les cas où l'on emploie les rayons X et les rayons ultra-violets. L'auteur a eu à sa disposition 5 milligrammes de bromure de radium qu'il conservait dans un tube de verre scellé. La substance, d'après l'auteur, émet trois sortes de rayons : des rayons alpha déterminant la fluorescence des écrans fluorescents ; des rayons beta, semblables aux rayons cathodiques, mais doués d'un pouvoir plus pénétrant à l'égard de nos tissus ; ces rayons semblent déterminer des brûlures et une action destructive sur la peau ; des rayons gamma, semblables sous certains rapports aux rayons X et doués d'un pouvoir considérable de pénétration. L'action sur la plaque photographique est rapide et intense.

L'auteur a employé l'exposition au bromure de radium dans un cas d'ulcus rodens du nez ayant résisté aux rayons X et au Finsen. La guérison a été obtenue en trois mois environ, sans récidive. Deuxième cas : guérison d'une tuberculose verruqueuse de la peau obtenue en

un mois et demi. Troisième et quatrième cas : ulcus rodens ou épithélioma, guérison dans le premier, attaque d'érysipèle dans le second, quoique amélioration. Cinquième cas, dégénérescence maligne d'une verrue de la joue, guérison.

Quant au carcinome, l'auteur croit que le radium, avec la méthode d'application actuelle, n'a pas d'action sur lui.

L. Jumon.

Essais thérapeutiques avec des corps fluorescents. (*Munchener med. Wochenschrift*, n° 47, 1903). — Tappeiner et Jesionek ont badigeonné avec une solution aqueuse d'éosine à 5 0/0 des surfaces cutanées malades, et les ont ensuite exposées aussi longtemps que possible à l'action de la lumière solaire ou à celle d'une lampe à arc. Trois cas de carcinomes cutanés, ainsi traités, offrent actuellement, après 60, 50 et 30 jours, une amélioration considérable.

Dans un autre cas, il s'agissait de tuberculose testiculaire compliqué d'ulcération scrofuleuse du scrotum : chez ce malade, on fit aussi des injections sous-cutanées. Amélioration marquée.

Des condylomes larges des organes génitaux de la femme (10 cas), un chancre induré de la langue, furent promptement modifiés ainsi que les adénites de voisinage; les accidents secondaires ne se montrèrent pas. Dans un cas, la roséole ne se développa que 16 mois après traitement du chancre induré par les badigeonnages d'éosine.

E. Vogt.

Le lactagol, galactogène nouveau (*Deutsche med. Wochenschrift*, 4 février 1904. — Van den Bank a essayé cet extrait pulvérulent de la graine du cotonnier : on sait que cette dernière jouit depuis longtemps, comme galactogène, d'une grande réputation dans les pays où l'on cultive le coton.

Le goût de cette poudre blanc jaunâtre, insoluble dans l'eau, n'a rien de désagréable : le lactagol mélangé au lait, fait une sorte d'émulsion qui en facilite l'administration. Les doses, pour la femme, sont de 10 à 12 grammes. L'effet galactogène se produit en général après 2 à 3 jours. L'expérimentateur s'est mis à l'abri de toute action de suggestion : les femmes qui reçurent le lactagol n'étaient pas prévenues de l'effet qu'il devait produire.

L'auteur dispose jusqu'ici de 4 observations de sécrétion lactée insuffisante rapidement amenée à la normale par l'emploi de ce produit.

E. Vogt.

FORMULAIRE DE THÉRAPEUTIQUE CLINIQUE

TOXÉMIE GRAVIDIQUE, ECLAMPSIE PUERPÉRALE

I

TRAITEMENT PRÉVENTIF DE LA TOXÉMIE

Dès que la présence d'albumine est constatée, alors même que sa quantité ne dépasse pas quelques centigrammes par litre, instituer le *régime lacté absolu*.

Toute malade soumise pendant huit jours au moins à ce régime peut être considérée comme à l'abri de l'éclampsie (Tarnier).

Si l'albumine disparaît rapidement, on peut prescrire un régime mixte composé surtout de féculents en boullie, en purée; de pâtes alimentaires; de légumes verts; de fruits cuits et de quelques œufs, tout en se tenant prêt à reprendre le régime lacté, en cas de retour offensif de l'albumine.

Prescrire des laxatifs légers : *citrate* ou *sulfate de magnésie, magnésie calcinée*, à petites doses.

II

TRAITEMENT DE L'ATTAQUE D'ÉCLAMPSIE

Maintenir la malade au lit, sans violence, éviter d'introduire un ballon ou un écarteur dans la bouche pour prévenir la morsure de la la langue ; se borner à la refouler et la maintenir dans le fer à cheval du maxillaire inférieur, au moyen d'une compresse.

Enlever les pièces de prothèse dentaire qui pourrait, en se détachant, déterminer l'asphyxie. Maintenir dans la chmbre le calme et l'obscurité.

Administrer le *chloroforme*, non d'une façon continue, mais par intermittences, dès qu'apparaissent les premières trémulations des muscles de la face (comme l'opium, le choloroforme est en général trés bien supporté par les femmes enceintes).

Dans l'intervalle des accès, administrer du

choral à la dose de 4 à 12 grammes par 24 heures, plutôt par la bouche qu'en lavements, celui-ci étant souvent rejeté.

De plus, donner des *bains tièdes*, au cours desquels on pourra pratiquer des affusions froides sur la tête.

III

TRAITEMENT DE LA TOXÉMIE

Régime lacté absolu :

Purgatifs. — Tarnier préconisait l'huile de ricin, à la dose d'une cuillerée à soupe additionnée d'une goutte d'huile de croton.

Saignée. — (300-500 gr.) préconisée systématiquement par Tarnier; recommandée seulement par M. Bodin quand il existe une forte hyperthermie et des phénomènes congestifs, intenses.

Avec ou sans saignées, *injections de sérum isotonique.*

IV

CONDUITE OBSTÉTRICALE

Ne pas provoquer l'accouchement prématurée. Pratiquer l'extraction, dès qu'elle devient possible.

G. Lyon.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

L'inauguration du Bureau des Renseignements de l'Université de Paris.

Le nouveau service créé à la Sorbonne par la Ville de Paris a été inauguré officiellement, le 10 février, par la Commission mixte des intérêts communs à la Ville et à l'Université, sous la présidence du recteur, M. Liard, assisté de MM. Dausset, Chautard, conseillers municipaux ; Appell, doyen de la Faculté des sciences; Joffroy, professeur à la Faculté de médecine; Guignard, directeur de l'Ecole de pharmacie, etc.

Fondé par le Dr Blondel, à qui M. Liard très justement a tenu à en laisser la direction, ce bureau centralise et met à la disposition du public tous les renseignements concernant les cours de toutes sortes, conférences, laboratoires, bibliothèques, musées, cliniques, etc., existant dans la capitale. L'étranger, et, à plus forte raison, le visiteur français venant à Paris pour y étudier une question de n'importe quel ordre : sciences, lettres ou arts, embarrassé jusqu'ici devant la multiplicité des affiches, mis dans l'impossibilité de faire son choix avec discernement, trouvera désormais, à l'Université même, un bureau spécial, grâce auquel toutes ces recherches lui seront épargnées. Un personnel pouvant répondre en plusieurs langues est à sa disposition pour le guider. Tous les cours qu'il peut suivre, les établissements où les services administratifs dont la visite lui serait utile, les bibliothèques et les musées où il pourra trouver des renseignements sur son sujet, tout cela, il le trouvera consigné sur des fiches groupées par ordre d'études, avec les heures, les conditions de visite ou d'admission, en un mot, tous les renseignements que nous aimerions trouver tout prêts quand nous allons nous-mêmes à l'étranger dans un but d'étude.

Ce simple exposé montre quels immenses services rendra cette nouvelle création, et combien elle contribuera à attirer à Paris et à faire profiter des énormes ressources d'enseignement que renferme la Ville, les visiteurs étrangers en quête d'instruction sur un point particulier.

Ce sera l'honneur de M. Liard, l'actif et intelligent recteur de l'Université de Paris, acquis d'avance à toutes les idées de progrès et à tous les perfectionnements qui peuvent grandir encore le renom de notre vieille Sorbonne, d'avoir compris de suite l'intérêt de cette création, — que M. Blondel avait paraît-il, vainement proposée à d'autres établissements, — et de l'avoir installée comme il l'a fait, largement, presque luxueusement, comme un des rouages essentiels de la maison.

La cérémonie d'inauguration fut très simple et tout intime. M. Liard pria le docteur Blondel d'expliquer à la commission le mode de fonctionnement du bureau.

M. Liard, en quelques mots, remercia en M. Dausset, président de la quatrième commission, le conseil municipal, pour l'aide financière qu'il n'a pas marchandée à la nouvelle création. Il a vivement félicité le directeur du bureau, M. Blondel, pour son heureuse initiative et la façon intelligente dont il avait rapidement réalisé l'organisation de son service.

M. Dausset, à son tour, a remercié M. Liard et le Conseil de l'Université pour l'hospitalité qu'ils avaient accordée si largement à la nouvelle fondation municipale. « En centralisant chez elle, a-t-il dit, tous les documents sur la totalité de l'enseignement parisien, officiel ou privé, l'Université a montré une fois de plus qu'elle était réellement la mère de cet enseignement. »

(*Echo de Paris.*)

BIBLIOGRAPHIE

Formulaire des médicaments nouveaux pour 1904, par H. Bocquillon-Limousin, docteur en pharmacie de l'Université de Paris. Introduction par le Dr Huchard, médecin des hôpitaux, 1 vol. in-18 de 322 pages, cartonné : 3 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

L'année 1903 a vu naître un grand nombre de médicaments nouveaux : le *Formulaire* de Bocquillon-Limousin enregistre les nouveautés à mesure qu'elles se produisent. L'édition de 1904 contient un grand nombre d'articles sur les médicaments introduits récemment dans la thérapeutique, qui n'ont encore trouvé place dans aucun formulaire, même dans les plus récents.

Citons en particulier : Acétyl-salicylate de méthyle, Atoxyl, Bismutose, Bromipine, Bromoquinal, Cacodylate de magnésie, Citarine, Collargol, Epithol, Ether amido-benzoïque, Eugénol iodé, Gaïasanol, Gelée antidiarrhéique, Glycogène, Glycolate de menthyle, Helmitol, Huile de cèdre de l'Atlas, Iodipine, Iodocacodylate de mercure, Iodoline, Iodothyrine, Iodure de codéine, Iodure de méthyle, Iodyloforme, Lacto-sérum, Mercure colloïdal, Mésotane Phospho-mannitate de fer, Purgène, Pyranum, Quinaphénine, Septoforme, Stypticine, Tannate de pyridine, Théocine, Thériaque minérale, Trichloracétate de thymyle, Véronal : et un grand nombre de plantes coloniales et exotiques, récemment introduites en thérapeutique.

Outre ces nouveautés, on y trouvera des articles sur les médicaments importants de ces dernières années, tels que Airol, Benzacétine, Cacodylate de soude, Caféine, Chloralose, Cocaïne, Eucaïne, Ferripyrine, Formol, Glycérophosphate, Ichtyol, Iodol, Kola, Levure de bière, Menthol, Pipérazine, Résorcine, Salophène, Salipyrine, Somatose, Strophantus, Trional, Urotropine, Vanadate de soude, Xéroforme, etc.

Le *Formulaire* de Bocquillon-Limousin est ordonné avec une méthode rigoureuse. Chaque article est divisé en alinéas distincts intitulés : synonymie, description, composition, propriétés thérapeutiques, modes d'emploi et doses. Le praticien est ainsi assuré de trouver rapidement le renseignement dont il a besoin.

Nlle Imprimerie. E. Lasnier directeur, 35 37 rue St-Lazare. Paris *Le Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL

TRAVAUX ORIGINAUX

SUR LE TRAITEMENT DES OSTEO-ARTHRITES TUBERCULEUSES PAR LA METHODE SCLÉROGÈNE DES INJECTIONS INTRA ET EXTRA-ARTICULAIRES.

Par M. le Pr LANNELONGUE

Loin de moi la pensée de soulever à propos du rapport de M. Périer un débat qui pourrait s'étendre considérablement sur le traitement des tumeurs blanches que j'ai désignées, pour donner à ces maladies une dénomination précise, sous le nom d'ostéo-arthrites tuberculeuses, il y a vingt-deux ans maintenant (1). Mais ne sont-ils pas considérés comme des pères dénaturés ceux qui manquent de tendresse pour leur progéniture ! Vous me permettrez donc de dire quelques mots non seulement pour éviter ce titre, mais aussi pour montrer l'utilité des transformations que je me propose de faire accepter à la méthode sclérogène en l'associant à une autre pratique.

Depuis quelques années. j'ai adopté les injections intra-articulaires en même temps qu'extra-articulaires avec des médicaments différents. Ce sont ces résultats que je viens exposer devant vous avec d'autant plus de raison que le sujet en vaut la peine. Le traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses constitue une des branches les plus importantes de la chirurgie et il est loin d'être épuisé.

Il me sera permis de rappeler dès l'abord que la méthode sclérogène fait pénétrer l'agent thérapeutique non point dans les fongosités, ni dans les foyers tuberculeux, mais immédiatement en dehors d'eux et autour d'eux seulement. C'est à la périphérie des fongosités synoviales que se trouvent, en effet, les processus tuberculeux les plus récents et les plus jeunes. Comme je l'ai dit ailleurs, les tissus normaux formant la limite du foyer morbide sont comme une matrice élaborant sans cesse, sous l'incitation du bacille, le néoplasme tuberculeux qui se propage de proche en proche et par continuité de tissu.

Aussi ai-je considéré comme une obligation de modifier cette couche périphérique où se fait l'ensemencement et avec elle le terrain farci de tubercules des fongosités elles-mêmes.

C'est là le résultat certain et constant qu'on obtient en une, deux ou trois séances au plus par les injections multipliées d'une solution de chlorure de zinc qui constituent ce que j'ai appelé la *méthode sclérogène*.

Communication à l'Académie de Médecine, 2 février 1904.

(1) Tuberculose osseuse et articulaire. *Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 491; 1882.

Il a été publié sur elle de trop nombreux résultats heureux tant en France qu'à l'étranger pour me permettre de chercher à la faire valoir après l'exposé que j'en ai fait devant l'Académie (1); mais lui ayant associé une autre pratique je crois nécessaire de compléter en certains points le rapport de M. Périer, surtout de préciser les indications de la méthode nouvelle.

Tous les faits d'ostéo-arthrites tuberculeuses sont loin de se ressembler. Si l'on prend une seule articulation, celle du genou par exemple, qui est une des plus fréquemment atteintes, on voit qu'à côté de la forme clinique la plus commune où le développement fongueux de la synoviale se fait du côté des parties molles, tandis que la cavité articulaire ne présente aucune modification apparente pendant un très long espace de temps, il en est d'autres où les altérations tuberculeuses se montrent sur la couche interne, donnant lieu à un épanchement séreux ou séropurulent plus ou moins abondant.

La clinique permet de distinguer à cet égard trois types principaux qui se détachent avec netteté durant les longs mois de la période du début ou d'état.

Le *premier* est caractérisé par un développement fongueux de la synoviale du côté des parties molles, la cavité articulaire paraissant indemne, ne présentant ni épanchement, ni produits néoplasiques.

Le *second* au contraire a pour caractère anatomique des altérations disséminées sur la couche interne de la synoviale, granulations, petites nodosités, ulcérations tuberculeuses, qui provoquent une hydrarthrose séreuse, pouvant devenir séro-purulente et purulente.

Un *troisième*, enfin, où coexiste promptement une association de deux états précédents, à des dégrés plus ou moins prononcés. La première forme est de beaucoup la plus fréquente, puis vient la seconde. Dans les périodes avancées de la maladie la distinction précédente disparaît, soit que l'évolution ait lieu vers la guérison par transformation fibroïde, ou vers la caséification, la suppuration et la destruction des tissus.

Ces trois formes cliniques ne veulent d'ailleurs pas dire que les altérations occupent exclusivement les couches externes ou internes des synoviales à l'exclusion les unes des autres, mais elles indiquent que, pour des raisons qui nous échappent, le développement tuberculeux se fait dans une direction plutôt que dans une autre, dans un tissu plutôt que dans un autre.

C'est en vue d'atteindre toutes les parties de la synoviale, tant sa surface interne parsemée de granulations, de petites nodosités ou de légères ulcérations tuberculeuses, que sa surface externe où se développent sous forme de bourgeons excentriques des fongosités plus ou moins considérables, que j'ai eu la pensée de recourir en même temps à une méthode à la fois *intra-extra-articulaire*, et que je désigne sous ce même nom. Un autre sentiment me dirigeait en même temps, celui d'abréger encore la durée du traitement et de chercher à obtenir une guérison dans un temps aussi court que possible.

Quiconque est chargé du soin des ostéo-arthrites d'origine tuberculeuse ne saurait se défendre d'un sentiment d'oppression pénible, provenant surtout du découragement et du chagrin des parents quand on leur annonce la durée probable du traitement de ces maladies, je n'ajouterai pas quand on a le rare bonheur de les guérir. La question a fait un grand pas depuis vingt-cinq ans. Je me souviens encore de l'opinion du Pr Gosselin sur la coxalgie d'alors, la coxotuberculose d'aujourd'hui; dans les leçons sur cette maladie, il s'écriait : « Les malades atteints de cette affection, jeunes, adultes ou vieux,

(1) *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 7 juillet, 1891, t. XXVI, p. 11.

meurent à peu près tous. » Ces paroles, que je retrouve plusieurs fois dans les notes de son enseignement, étaient décourageantes pour nous. Elles ne sont plus exactes aujourd'hui, car les malades guérissent dans une proportion au moins de 80 à 90 0/0; cela dépend des articulations qui sont atteintes, et ils guériraient, je dirai presque tous, s'ils étaient arrêtés et soignés au début même de la maladie, et ils guériraient alors dans des conditions infiniment meilleures.

Mais cette guérison rassurante en elle-même ne se produit qu'après un traitement de près de trois ans en moyenne; elle est en rapport surtout avec la période de la maladie à laquelle on aura commencé le traitement. Et ce que je dis pour la coxotuberculose, on peut le dire pour les ostéo-arthrites tuberculeuses des articulations volumineuses du genou, du coude, du cou-de-pied, du poignet, des os du tarse et du carpe eux-mêmes; on n'en obtient la guérison qu'au bout d'un temps qui est également très long.

Aussi convient-il de chercher à diminuer autant qu'on le pourra la longueur du traitement. On devra modifier les méthodes curatives dans ce sens, et telle est la pensée qui m'a inspiré dans le traitement que je préconise actuellement.

La méthode intra-extra-articulaire se propose d'obtenir d'une part une transformation conjonctive des tissus tuberculeux; elle la sollicite activement en agissant à la fois sur les surfaces externe et interne de la synoviale, sur les sources vasculaires qui les alimentent, c'est-à-dire sur le tissu même des fongosités. D'autre part, les effets en sont rapides, et on peut encore les renouveler une et plusieurs fois, s'il est nécessaire, en un temps assez court, de manière à obtenir la guérison dans un espace de temps aussi réduit que possible.

La méthode des injections intra-extra-articulaires me paraît remplir cette double indication. On pourrait procéder à ces deux injections en une séance, mais il nous a semblé préférable, à M. Villemin et à moi, de les faire en deux temps à quatre ou cinq jours de distance.

On commence par l'injection intra-articulaire, et, pour des raisons qu'il me semble inutile de reproduire ici, je conseille l'emploi de l'huile iodoformée créosotée, selon la formule suivante : huile d'olives, 90; éther, 40; iodoforme, 10; créosote, 2.

On laisse dans l'articulation une quantité déterminée de cette huile, stérilisée avec soin, en rapport avec la capacité articulaire, 30 grammes environ pour le genou d'un adolescent. Préalablement, on prend soin d'évacuer les liquides épanchés s'il s'en trouve.

Aucune réaction ni douleur ne se manifeste après cette première intervention. Dans la huitaine qui suit, au bout de trois à quatre jours, on procède aux injections extra-articulaires après avoir anesthésié le petit patient.

Le gonflement articulaire produit par la présence de l'huile iodoformée rendra plus facile les injections périphériques en permettant de suivre avec plus d'aisance la synoviale gonflée. Je rappellerai que la solution de chlorure de zinc au dixième est la meilleure, et qu'il convient de faire les injections immédiatement en dehors de la synoviale fongueuse en dirigeant l'aiguille pas tout à fait perpendiculairement sur l'os, jusqu'à ce que la pointe rencontre la surface même de l'os. On dépose en ce point trois, quatre ou cinq gouttes de la solution; on recommence à deux centimètres à côté et de la même manière, et ainsi de suite sur la périphérie de la synoviale tuméfiée par les fongosités. On peut faire de la sorte six, huit, dix piqûres, et déposer depuis 30 jusqu'à 80 gouttes de la solution selon l'importance de la jointure.

Il est absolument indiqué de faire, dès le réveil des sujets anesthésiés, une injection e chlorhydrate de morphine (solution à 1/100). On en injectera 2 milligrammes d'abord,

et autant toutes les deux heures, jusqu'à ce qu'on ait atteint en tout une dose égale au nombre des années de l'enfant, jusqu'à l'âge de dix ans. On s'arrêtera à la dose de 1 centigramme pour les enfants plus âgés, et il ne sera pas toujours nécessaire d'y arriver pour faire cesser la douleur. Dans quelques cas, d'ailleurs, les douleurs après les injections sont nulles ou insignifiantes.

Neuf sujets jusqu'à l'âge de dix-huit ans ont été guéris par la méthode intra-extra-articulaire. Huit étaient atteints de tuberculose du genou, et un de l'articulation du poignet. Il conviendrait d'y ajouter un adulte de près de trente ans; mais le fait est encore trop récent pour en tenir compte au point de vue du résultat. La moyenne du temps avant de permettre la marche a varié entre quatre et six mois; mais j'estime qu'il vaudrait mieux la retarder et ne pas enlever l'appareil des membres inférieurs avant six mois. Il est probable, il est sûr même, que dans un certain nombre de cas, le temps serait encore plus long, surtout si on n'évite pas des complications comme des abcès, ou s'il existait des foyers osseux qui n'auraient pas évolué vers la guérison en même temps que les fongosités. On autorise les sujets à s'exercer d'abord avec des béquilles, puis à prendre une canne, et, après des essais répétés sans précipitation, on les laisse marcher sans appui.

La méthode intra-extra-articulaire peut trouver une autre application qu'il est d'autant plus utile de connaître qu'elle n'exclut pas non plus une intervention sanglante.

Un jeune homme, âgé de vingt-sept ans aujourd'hui, a eu autrefois, il y a neuf ans, une ostéo-arthrite tuberculeuse du genou grave, avec abcès, traitée par la méthode sclérogène par M. Walther; il guérit, avec une ankylose. Depuis lors, il menait une existence très active, chassant beaucoup, lorsque l'an dernier l'articulation du genou devint le siège d'un abcès partiel que M. Villemin traita par des injections iodoformées. Comme l'abcès se reproduisait, M. Villemin recourut à l'extirpation de la paroi, c'est-à-dire pratiqua une synovectomie partielle qui fut suivie de guérison prompte. Il trouva le synoviale transformée, fibroïde dans l'ensemble, fongueuse seulement en certains endroits.

La méthode sclérogène avait antérieurement modifié la synoviale utilement en la rendant fibroïde, ce qui était très avantageux pour la garantie de la guérison du malade.

Voici, en résumé, l'observation de ce malade :

Obs. I. — M. de X... a eu autrefois une ostéo-arthrite bacillaire du genou, forme grave traitée par la méthode sclérogène il y a neuf ans. La guérison a été obtenue avec une ankylose fibreuse. Le malade revient à Paris l'an dernier porteur d'un abcès froid assez étendu, siégeant en dedans de l'article, recouvrant les condyles internes, mesurant une dizaine de centimètres dans son grand axe vertical. Le 13 octobre, la ponction retire une cinquantaine de grammes de pus légèrement teinté par les matières colorantes sanguines; après lavages à l'eau phéniquée faible, on y laisse 25 grammes d'huile iodoformée. Le 25 octobre, répétition de la même intervention. L'examen attentif du malade fait alors découvrir dans la région externe de la cuisse, au-dessus du condyle fémoral, en avant du tendon du biceps, une région limitée, fluctuante. Après des manœuvres exploratrices multipliées, on finit par s'assurer de sa communication avec l'abcès de la face interne, tout en reconnaissant que cette communication est difficile et doit se faire par un trajet fort étroit et sinueux.

Etant donné, d'une part, la difficulté de faire pénétrer dans cette seconde cavité les injections modificatrices et, de l'autre, le désir formel du malade d'en finir au plus vite, le 10 novembse les deux abcès sont ouverts largement, les membranes tuberculogènes

extirpées en entier, le trajet tortueux intermédiaire découvert et cureté sous le tendon rotulien au milieu des tissus inodulaires qui enveloppent les extrémités osseuses ; car on ne trouve plus de synoviale ; un manchon fibreux résistant, très épais, comblant tous les vides, s'étend du fémur au tibia. Le 22, soit douze jours après l'intervention, tout était fermé, y compris le trajet d'un drain laissé quatre jours en place seulement, et le 23, le malade quittait Paris, sans pansement, marchant parfaitement.

Avant de terminer, je crois devoir faire quelques remarques utiles à connaître pour le succès du traitement.

On ne saurait pas assez insister sur la nécessité, une fois la guérison reconnue, de ne pas aller trop vite et de prolonger l'immobilisation plutôt que de délivrer prématurément le membre de son appareil. On devra s'assurer avant d'autoriser la marche ou les mouvements de la jointure que les fongosités ont disparu. A leur place on rencontrera une induration sèche, un empâtement consistant, difficile parfois à reconnaître, dans les culs-de-sacs ou sur le trajet de la synoviale. En aucun endroit l'exploration des os, de chaque épiphyse en particulier, minutieusement faite, par une pression méthodiquement exercée point par point sur tous les points, ne devra révéler de sensibilité pas plus aux attaches ligamenteuses qu'ailleurs.

Il est un principe absolu sur lequel je m'arrête et je m'appesantis avec intention : *c'est celui de ne provoquer aucun mouvement dans la jointure.* L'articulation retrouvera après le traitement les mouvements qu'elle avait au moment où on *l'a appliqué* et il arrivera souvent encore qu'en laissant la fonction articulaire s'exécuter naturellement selon les besoins du membre, les mouvements acquerront plus d'amplitude, peu à peu, par l'usage et avec le temps. Certaines jointures retrouveront même tous leurs mouvements, j'en ai de curieux exemples à la suite de la méthode sclérogène seule. Mais j'estime qu'il est dangereux de vouloir rétablir les mouvements et d'accroître le jeu de la jointure par l'exercice manuel, la force et la violence.

Les tissus mous et cartilagineux ne possèdent pas encore leur structure définitive et il y a peut-être dans un point ou dans un autre un travail de réparation qui n'est pas achevé. Il peut y avoir aussi des bacilles d'une virulence atténuée, qui ne sont pas encore morts, qui séjournent dans un foyer minuscule, caséeux ou non, qu'aucune investigation ne saurait déceler. Le travail thérapeutique de la guérison fera disparaître les uns et les autres, avec une meilleure vitalité des tissus et leur rénovation, mais à la condition que ce travail ne sera pas troublé, qu'une irritation traumatique et répétée ne viendra pas augmenter l'activité procréatrice et la virulence des bacilles. Il convient donc de ne pas modifier cette destinée par des interventions telles que les mouvements articulaires intempestifs.

Seul, le malade a la conscience des mouvements qu'il peut faire sans peine et sans douleur, soit pour la marche, soit pour les besoins de son membre. Bien dirigé, il devient le meilleur juge en cela.

Et il est de règle de voir qu'avec un fonctionnement légitime et naturel peu à peu la nature cède et son champ d'activité s'accroît.

Toutefois, il est absolument indiqué de faire le massage des muscles et des frictions cutanées pendant le traitement, bien avant que le malade ait retrouvé la liberté de sa jointure.

C'est ce que nous faisons toujours chez nos patients. On leur pratique le massage des muscles au-dessus et au-dessous de l'articulation sans jamais toucher à l'articulation elle-même, *soit pour la massser, soit pour lui faire exécuter un mouvement quelconque.* On a aussi recours à l'électrisation. Il en résulte que lorsque la guérison est obtenue et

que les sujets ont reçu la permission de se servir de leur jointure, la vitalité du membre est déjà en partie récupérée et les muscles ont retrouvé leur énergie. Par le fait de ces modifications heureuses et physiologiques l'appareil locomoteur devient alors l'agent naturel et actif qui contribue au retour des mouvements diminués ou supprimés.

J'ai vu tant et tant de fois des rechutes graves de ces maladies, des retours offensifs, des réveils inattendus, même chez des malades qui étaient guéris depuis longtemps, par le fait de ruptures d'ankyloses ou de tentatives de mouvements qu'on a voulu accroître chez eux, que je les proscris d'une manière absolue dans toutes les affections tuberculeuses des articulations, les considérant comme désastreuses d'une part et ne donnant pas d'autre part les résultats qu'on en attend.

Il n'y a qu'un cas où l'on est à mon gré autorisé à intervenir, c'est pour redresser des déformations incompatibles avec le fonctionnement d'un membre ou d'une jointure ou pour corriger des attitudes, qui nuisent à la guérison ou la rendront défectueuse. Mais alors il est bien entendu qu'on sait à quoi on s'expose ; on redresse une articulation, un membre et on conserve dans un appareil la position nouvelle. On soigne les conséquences de ce redressement et, s'il lui succède une poussée nouvelle, une rechute même, on prolongera l'immobilisation jusqu'à la guérison qui se fera dans une attitude meilleure et orrecte.

En dehors de ce cas la règle doit être respectée même pour les cas anciens ou l'ancienneté du résultat semblerait autoriser la recherche de l'accroissement des mouvements.

Indications. — Pour obtenir la guérison des malades, et ici je m'adresse à l'âge de l'enfance et de l'adolescence jusqu'à vingt ans où ces maladies sont infiniment plus fréquentes, on doit toujours penser à la nature de ces aflections. Ce sont des maladies tuberculeuses au même titre que les tuberculoses pulmonaires et localisées à un organe, comme ces der-nières, mais l'organe remplit une fonction moins importante qui n'est pas aussi nécessaire à la vie. Ne communiquant pas avec l'air extérieur, infiniment moins riche en vaisseaux lymphatiques et sanguins, pouvant être immobilisé, cet organe offre il est vrai moins de prise à la propagation et à la diffusion tuberculeuse. Mais une articulation comme celle de la hanche, du genou, du cou-de-pied, de l'épaule n'en est pas moins un organe important et de première utilité dans un membre. Aussi n'y a-t-il rien d'exagéré à dire que les affections tuberculeuses de ces jointures sont des maladies dangereuses et difficilement curables, même avec de longs traitements, donnant tous les jours lorsqu'elles ne sont pas tout à fait guéries, quoique très améliorées, le spectacle de rechutes presque toujours plus graves que la première atteinte. Il arrive aussi que lorsqu'on croit les avoir conduites à une guérison solide, et souvent la chose est difficile à établir, il faut recourir à des tâtonnements et à des essais pour se prononcer avec quelque certitude, il arrive, dis-je, qu'on observe encore des réapparitions et des retours offensifs dix ans et vingt ans après une guérison que rien ne semblait devoir troubler. Mais je me hâte d'ajouter que ces réapparitions sont ordinairement d'un pronostic beaucoup moins grave ; les sujets étant avertis s'arrêtent aux premières alertes et sont mieux soignés.

On ne saurait pas assez insister sur cette donnée que la cure est d'autant plus difficile qu'on a retardé le traitement curatif et qu'on a laissé le mal s'étendre, envahir les tissus lentement les uns après les autres, les ulcérer en y creusant des cavernes, détruire les ligaments et transformer par des associations microbiennes les cavités articulaires si admirables, quand elles sont saines, en cloaques aussi irréguliers de forme qu'infects par leur contenu.

Il convient à mon sens d'agir promptement, et pour cela le diagnos doit être fait

de bonne heure. Au début le mal est minime, c'est un unique foyer osseux ou synovial ou de petits foyers limités pas encore disséminés. Rien ne semble encore en attester la présence, mais un peu plus tard et peut-être même à ce premier moment déjà des troubles d'une certaine importance, bien qu'on ne leur en accorde pas assez, tant fonctionnels qu'anatomiques, se montrent dans le membre et deviennent la clef du diagnostic.

Je sais bien qu'un certain nombre de parents ne tiennent pas pendant longtemps grand compte de la fatigue dont se plaignent les enfants ; de quelques douleurs intermittentes, vagues, localisées par eux à un siège qui n'est pas celui du mal, au genou et au pied où l'examen ne révèle rien alors que la maladie occupe en réalité la hanche ; de la faiblesse ou de l'inhabileté d'un membre ; de la gêne de certains mouvements ; d'un peu de claudication qui va et vient durant des mois et d'autres troubles encore parmi lesquels ceux de nutrition ; je sais encore que trop souvent les médecins y prêtent peu d'attention, négligeant trop d'examiner les petits sujets, surtout de le faire en les mettant tout nus, et par suite de reconnaître une maladie que les parents et les amis de la famille traitent toujours d'insignifiante et résultant d'une chute, d'un coup. Les enfants sont abandonnés de la sorte durant de longs mois, souvent jusqu'à l'apparition d'une difformité physique, d'une claudication absolue, d'une attitude vicieuse, de l'impossibilité de se servir d'un membre.

Si la maladie est à cette période tout à fait évidente elle est aussi parvenue à la phase des complications et des dangers pour la jointure, pour la santé du malade. Je ne dirai pas qu'il est trop tard, mais quel résultat obtiendra-t-on ! Un traitement d'une durée de 3, 4, 6 ans et plus ; des abcès, des fistules, des déformations articulaires, des ankyloses nécessitant des réductions et des appareils, des opérations multiples jusqu'à la résection et à l'amputation, sans parler de tout ce qui s'ajoute pour les soins de l'état général des patients.

Si on avait tenu compte des premiers troubles survenus dans une période qui a souvent 5, 6, 8 mois et plus de durée, on aurait fait le diagnostic avec précision et dans un grand nombre de cas on aurait arrêté les progrès de la maladie. C'est donc durant ces premiers contacts avec le malade qu'on devra intervenir. Or, jusqu'ici sauf les cas très rares relativement aux autres, d'épanchement du genou, on se bornait dans ces phases du début à des méthodes de traitement toutes indirectes, incontestablement très utiles, curatives avec le temps, mais moins sûres dans leurs effets et ne comportant presque jamais une fonction articulaire, je ne dis pas intégrale, mais avec quelques mouvements.

C'est pour cela que je propose une méthode plus active que la méthode sclérogène pure, s'adressant à plus de cas et pouvant facilement être pratiquée *dans les phases initiales*, j'appelle ainsi celles où l'on est appelé à reconnaître une maladie existante quelquefois déjà ancienne de plusieurs mois. Je n'abandonne pas la sclérogène, il me paraîtrait difficile que ses propriétés curatives aient changé, je la complète en y ajoutant seulement les injections intra-articulaires qui jusqu'ici étaient réservées pour les cas uniques d'hydarthrose tuberculeuse du genou. *Et je conseille les injections intra-articulaires, qu'il y ait ou non épanchement, pour tous les cas d'ostéo-arthrite tuberculeuse des grandes jointures : hanche, genou, cou-de-pied, épaule, coude, poignet.*

La nature du médicament à injecter dans les jointures n'est pas indifférente, bien que nous ne possédions pas de moyen spécifique. Après de nombreux essais expérimentaux et chez l'homme, je donne la préférence à l'iodoforme en dissolution ou en suspension dans l'huile d'olive éthérée, parce qu'il me semble, par le dégagement lent des vapeurs d'éther, mettre l'iodoforme plus intimement en contact avec tout le paren-

chyme synovial et que la créosote m'a paru contribuer activement aux apports cellulaires qui transforment les tissus et font disparaître les bacilles.

Pour la hanche et l'épaule les injections intra-articulaires sont le seul traitement actif qu'on puisse conseiller, étant donné qu'on ne saurait sans danger d'arthrite aiguë faire des injections extraarticulaires au chlorure de zinc.

Au contraire, au genou, au cou-de-pied, au coude et au poignet on fera dans les trois ou quatre jours qui suivront des injections extra-articulaires au chlorure de zinc en solution au dixième, les solutions plus faibles n'étant pas, tant s'en faut, aussi efficaces pour des articulations aussi importantes.

L'opérateur devra éviter avec soin d'injecter le chlorure de zinc dans les cavités articulaires. Il aura pour guide, en dehors de ses connaissances anatomiques sur le trajet des synoviales, le gonflemeneut fongueux lui-même ; il déposera quatre, cinq gouttes de chlorure de zinc sur l'os lui-même à la limite des fongosités. On ne devra jamais pénétrer dans le creux poplité, pas plus que dans la région antérieure de l'articulation du coude qui ne deviennent d'ailleurs dans ces jointures le siège de fongosités que dans les périodes terminales de la maladie.

Pour les ostéo-arthrites du tarse et du carpe il ne saurait y avoir lieu de faire des injections intra-articulaires et l'on se bornera aux injections au chlorure de zinc selon le procédé ordinaire. Le Dr Ménard, de Berck-sur-Mer, me rappelait hier matin qu''il en avait obtenu de très beaux et bons résultats.

Ce que j'ai dit du pronostic des maladies tuberculeuses me dispense d'y revenir et me fait déclarer que je n'ai pas la prétention de croire que la méthode n'aura que des succès. Il y a tant d'éventualités dans ces maladies qu'il faut savoir se résigner et accepter les résultats malheureux ou incomplets quand ils se produisent.

M. le Rapporteur a cru devoir indiquer deux accidents auxquels expose la méthode sclérogène, l'injection du chlorure dans les articulations et les escarres.

Le premier, en effet, est possible ; injectée dans les grandes articulations la solution de chlorure au dixième y développe une arthrite aiguë aseptique. Mais il ne tient qu'à l'opérateur de l'éviter en suivant les contours de la synoviale épaissie pour aller sur les os et en ne pénétrant pas dans cette synoviale qui fait un relief proéminent séparant la cavité articulaire des tissus extra-articulaires.

Quant aux escarres, elles sont rares, insignifiantes et j'en ai montré le mécanisme. Elles n'ont jamais lieu lorsqu'on fait des injections profondes au-dessous de l'aponévrose et ne se produisent guère que lorsqu'on fait les injections sous la peau. Elles sont d'ailleurs en général minimes, petites, ne dépassant pas les dimensions d'une pièce de 50 centimes, cutanées exclusivement. On les évite en mettant le doigt sur le trajet abandonné par l'aiguille qu'on retire des tissus, afin d'empêcher le liquide de refluer.

LES VARICES DU MEMBRE INFERIEUR (*Suite*)

par le Dr Paul Delbet

Ancien Chef de Clinique à la Faculté.

Les procédés opératoires visant les accidents d'origine nerveux ou supposés tels sont nombreux. Quenu, au cours d'une autopsie, constata, chez un variqueux atteint de sciatique rebelle, l'existence de varices des veines ischiatiques : il fut amené à penser que la destruction des varices amènerait la cessation des accidents douloureux. Peu après, il mit chez un variqueux atteint de sciatique, le nerf à nu au niveau de l'échancrure. Il constata le long du nerf la présence d'une grosse veine, dont il pratiqua l'excision, et guérit son malade. (1). En 1897, Delagénière ayant découvert le nerf sciatique, dans le but de pratiquer, à l'exemple de Quenu, la resection des veines variqueuses, ne trouva ni adhérence, ni varices peranerveuses. mais des veines intranerveuses dilatées. Il eut l'audace de faire la dissociation du sciatique, pourt atteindre dans l'épaisseur du nerf, les varices qui s'y trouvaient ; l'opération ayan. eu d'heureux résultats Gérard Marchand l'étendit à tous les cas de sciatique.

J'avais eu occasion de voir Marchand pratiquer la dissociation du sciatique ; j'ai constaté que l'opération était absolument innocente. Guidé par des considérations techniques sur lesquelles je reviendrai, j'appliquai le procédé au traitement des ulcères variqueux ; la méthode m'a donné des résultats satisfaisants. G. Marchand l'a essayée à son tour et s'en est montré partisan.

Chipault, de son côté, établi que l'élongation des nerfs plantaires exerce une action favorable sur l'évolution des maux perforants, généralisa bientôt ce principe et au moment même où je conseillais la dissociation fusciculaire du sciatique, pratiqua l'élongation du nerf sciatique poplité externe pour ulcère variqueux de jambe.

En résumé, aux accidents nerveux qui compliquent les varices du membre inférieur, nous pouvons opposer le dégagement du sciatique et la destruction des veines (opération de Quenu), la dissociation fasciculaire (opération de Delagénière et Paul Delbet), l'élongation du sciatique proplité externe (opération de Chipault).

Mais on peut faire mieux. Nous venons d'énumérer des procédés opératoires s'adressant aux varices, des procédés opératoires s'adressant aux complications nerveuses ; on peut combiner les deux méthodes. C'est surtout en Italie qu'ont été inventés et préconisés les procédés mixtes dont il nous reste à parler. Moreschi pratique sur le membre deux incisions circonférentielles, l'une sur la jambe au niveau de la jarretière, l'autre un peu au dessus des malléoles : l'incision est circulaire, elle coupe la peau et le tissu cellulaire sous cutané jusqu'à l'aponévrose d'enveloppe, sectionnant chemin faisant, veines, nerfs et artères. L'incision terminée, la rétraction élastique de la peau découvre, l'aponévrose, sur une étendue de deux centimètres. On lie alors les vaisseaux qui saignent,

(1) Congrès de chirurgie, 1892.

puis on suture la plaie opératoire : après la cicatrisation, on aperçoit au niveau de la jarretière et de la région malléolaire une cicatrice circonférentielle.

A la suite de l'opération de Moreschi, on voit souvent se développer au niveau du pied un œdème persistant. C'est pourquoi Marcani conseille de ne faire qu'une seule incision, l'incision circonférentielle de la jarretière. Ayant eu l'occasion de mettre en pratique plusieurs fois ce procédé, alors qu'il était encore inconnu des chirurgiens français, j'ai observé que la cicatrice circonférentielle consécutive à l'opération de Marcani, déterminait une constriction du mollet, qui n'était pas sans inconvénients. J'ai donc modifié l'incision de Marcani et conduit l'opération de la manière suivante : Sur les faces interne et externe de la jambe, j'incise les téguments en traçant au bistouri un V à base supérieure ; j'unis ensuite, circonférentiellement les branches antérieures et postérieures du V chacune à chacune. Le résultat définitif est une incision circonférentielle, interrompue en dedans et en dehors par deux dents à sommet inférieur. Dans le même but, Mauclaire pratique une incision ondulée.

Vinci, en même temps qu'il pratique l'incision de Marcani, fait la ligature de la saphène : enfin, Mauclaire, dans un procédé qu'il appelle ultra-combiné, fait à la fois, la ligature étagée de la saphène, l'incision circulaire de Marcani et l'excision de l'ulcère s'il en existe.

Ainsi se clôt cette longue série de procédés opératoires. Sont-ils justifiés théoriquement et pratiquement ? Tels sont les questions qu'il nous faut envisager.

V

On comprend aisément que l'excision d'une ampoule variqueuse douloureuse, l'ablation d'un segment veineux thrombosé, la ligature d'une veine parcourue par des embolies, puissent amener la guérison d'un malade ; mais que dans le cas où il n'existe aucune de ces lésions, dans le cas de varices généralisées, la ligature étagée de la saphène puisse améliorer le sujet, voilà qui est plus difficile à comprendre. Voici une lésion caractérisée par la stagnation du sang, par la gêne de la circulation de retour : n'est-ce pas augmenter la stagnation, la difficulté de la circulation, que d'appliquer une ligature sur les veines ? Le point mérite d'être étudié de près.

J'ai montré plus haut que dans un membre sain, le sang ne forme pas dans les veines une colonne continue. Il est chassé par saccades et à intervalles par les muscles alternativement relâchés et contractés. Sa progression vers le cœur est assurée par les valvules. Dans un membre, devenu malade et variqueux, les conditions de la circulation sont singulièrement modifiées. La veine est dilatée et inerte : les valvules sont devenues insuffisantes, en raison de l'augmentation de volume de la veine et de leur propre sclérose atrophique. La dilatation veineuse et l'atrophie valvulaire s'étendant de proche en proche, bientôt la veine forme un tube largement ouvert étendu des veines iliaques aux orteils. Les conséquences d'un pareil état sont faciles à comprendre : elles sont considérables. Le sang continue à être projeté par les muscles, mais n'étant plus dirigé par les valvules, il est brassé sur place sans progresser. Le sang forme une colonne continue des iliaques aux orteils. Un élément anatomique qui, sur le membre sain ne supportait du côté des veines qu'une très faible pression, supporte maintenant le poids d'une colonne sanguine de 1 m. 20 de haut : cet état gêne singulièrement la circulation dans les capillaires. M. Quenu a écrit que dans un membre variqueux il y a échange de mauvais procédés entre les divers tissus, les lésions de veines réagissant sur les artères, les artères sur les veines et les nerfs : mais dans cette bataille les premiers torts sont du côté des veines. L'artère doit lutter contre l'augmentation de tension du sang des

capillaires, elle se dilate puis s'épaissit jusqu'au moment où intervient la sclérose. Ce n'est pas tout : à chaque contraction musculaire le sang, qui maintenant distend la veine profonde, est projeté avec force contre la paroi des veines superficielles et agit ainsi à la manière d'une bulle d'eau pour augmenter la dilatation ; enfin le sang qui, des extrémités monte vers le centre en suivant la grande voie de la fémorale profonde, parvenu au niveau de l'embouchure de la veine saphène, s'engage dans cette veine, la parcourt de haut en bas, repasse dans les veines profondes, si bien que certaines parties du sang ne subissent plus qu'une hématose imparfaite.

Et ce ne sont pas là des vues de l'esprit. Kræmer (1) a recherché sept fois l'état des valvules sur des segments étendus de saphène qu'il avait extirpés et les a trouvé disparues. Venot vient de faire la même constatation (2). Pierre Delbet n'a pas craint chez un malade d'hôpital d'introduire dans une veine variqueuseu ne tige de manomètre, et a constaté que la pression était de 2 centimètres de mercure que cette pression montait à 16 centimètres au moindre effort : enfin l'expérience de Trendelenburg est classique. Placez un variqueux horizontalement sur un lit, mettez l'index sur l'embouchure de la saphène ; faites lever le malade, la veine est à peine apparente. Levez le doigt, le sang se précipite de haut en bas et vient distendre la veine : preuve que la circulation se fait de haut en bas. De même si on fait asseoir un variqueux sur le bord de son lit et qu'on place la jambe au-dessous, puis au-dessus du tronc, on voit dans les veines le sang se déplacer suivant les règles des vases communiquants ; se précipitant dans les veines quand le pied est déclive, regagnant le tronc quand on élève le membre.

Ces faits établissent pertinemment que dans un membre variqueux, la saphène, loin de ramener le sang au cœur lui permet de redescendre vers la périphérie. La suppression de cette voie à cour renversé n'a donc que des avantages. Certes en excisant ou en suturant la veine on ne guérit pas le malade, mais on pallie aux accidents et on empêche en particulier les troubles trophiques graves qui sont la conséquence forcée du trouble de l'hématose. A ce point de vue la ligature me paraît préférable à l'excision totale. La ligature, en effet, isole les segments de la saphène, empêche par conséquent l'augmentation de pression et la circulation de retour : mais elle lui laisse son rôle de collatérale ; le sang peut, par exemple, passer au pied des veines profondes aux veines superficielles puis après avoir gagné les saphènes, rentrer du mollet des veines superficielles dans les veines profondes. En fait, l'incision circonférentielle sus-malléolaire de Moreschi est souvent suivie d'œdème persistant du pied et doit être abandonnée.

Les tentatives opératoires visant l'élément trophique ne sont guère moins justifiées, Il est très vraisemblable d'admettre que des veines juxta et intra-nerveuses, l'inflammation gagne le tissu nerveux lui-même : mais laissant de côté la question théorique, l'existence de troubles nerveux et trophiques chez les variqueux est facile à démontrer. Gombault et Reclus ont les premiers signalé des altérations de névrite chez les variqueux. Quénu a pu démontrer qu'il existait sur le tronc même du sciatique des lésions de névrite péri et intra-fasciculaire. Cliniquement les altérations du derme des membres variqueux rappellent les troubles trophiques : l'eczéma chronique et la dermite qui souvent précèdent les ulcères ont une grande analogie d'aspect avec les lésions cutanées observées à la suite de section des nerfs : le fond grisâtre et les bords surélevés des ulcères rappellent le mal perforant dont l'origine névritique n'est mise en doute par personne ; la névralgie est fréquente.

(1) Kraemer. *Munckner medicinische Wochenschrift*, 1898, 1209.
(2) Venot. *Journ. de méd. de Bordeaux* 1903-23-690.

Les physiologistes ont, depuis et après les travaux de Harless et Haber constaté que l'élongation des nerfs modifie profondément la circulation et la constitution du tronc nerveux. Weir Mitchell a nettement noté qu'après l'élongation l'excitabilité directe et indirecte du nerf est diminuée ou abolie. On aurait pu prévoir dès lors que les troubles trophiques dépendant d'une lésion nerveuse seraient eux-mêmes influencés par cette action sur les nerfs : et cependant c'est seulement quand Chipault eut en lisant les observations de contracture et de névralgie traités, à l'exemple de Nussbaum par l'élongation, noté que les lésions trophiques fréquentes sur le membre atteint de névralgie étaient améliorés, que l'attention *des cliniciens* fut attirée sur ce point. Chipault qui, le premier a proposé l'élongation comme moyen de traitement des ulcérations trophiques a réuni un grand nombre de cas de maux perforants plantaires opérés par divers chirurgiens et guéris par l'élongation. *Expérimentalement*, Chipault a pu également démontrer sur des cobayes l'innocuité et l'efficacité de l'intervention (1).

La dissociation fasciculaire n'a pas été moins étudiée. Marty (2) a constaté que chez le cobaye le hersage du sciatique supprime la sensibilité en laissant intacte la motilité. Mais il y a plus : l'auteur a pu examiner anatomatiquement des nerfs préalablement hersés. Voici le résultat de son examen : L'enveloppe du nerf est détruite : cette gaine se soude aux muscles voisins et se confond avec eux : de la face superficielle du nerf partent des prolongements conjonctifs fortement vascularisés qui pénètrent autour des tubes et les isolent. En résumé, à la suite du hersage, à de la dissociation, la vascularisation du nerf augmente : il semble que l'opération crée pour le nerf un véritable relai nutritif.

PAUL DELBET.

(*A Suivre*).

(1) Chipault. Travaux de neurologie chirurgicale 1899, 277 et passim
(2) Marty, II, Paris 1897.

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 24 février 1904

Présidence de M. Mathieu

M. Mendelsohn lit une note sur les *troubles urinaires* des ataxiques. Les lésions urinaires des tabétiques peuvent rester stationnaires, et même rétrograder, parce qu'après la destruction des centres nerveux intra-médullaires l'innervation périphérique retrouve son indépendance et peut assurer la miction. Les interventions locales sont donc justifiées. Sur ce point, l'orateur est d'accord avec M. Desnos ; il l'est moins sur la valeur diagnostique des symptômes initiaux : il serait téméraire de diagnostiquer un tabès sur ces seuls symptômes. Il faut que d'autres manifestations morbides viennent corroborer les résultats donnés par l'appareil génito-urinaire. Les troubles de ce dernier sont d'ailleurs à un certain degré indépendants de la lésion médullaire, car on peut trouver des tabès avec lésions anatomiques étendues et troubles urinaires minimes, et *vice-versa*.

L'expérimentation sur l'animal démontre qu'après destruction du centre génito-urinaire de la moelle, les fonctions urinaires momentanément troublées peuvent retrouver leur état normal ; les autres réflexes périphériques viennent jouer un rôle.

En résumé, les troubles urinaires préataxiques n'ont pas grande valeur au point de vue du diagnostic et du pronostic.

M. Linossier donne lecture de son rapport sur le *régime alimentaire des hépatiques*. On a dit qu'on pourrait se passer de bile, et l'on s'est appuyé sur de nombreuses expériences pour affirmer ce fait, qui prouve simplement que l'organisme renferme une grande richesse de suppléances ; la digestion peut s'effectuer par d'autres liquides digestifs. Quoi qu'il en soit, la bile sert à saturer le suc gastrique, elle favorise la digestion pancréatique, contribue à la digestion des corps gras et exerce une action antiseptique.

Chaque fois qu'existent des troubles dyspeptiques, on observe un retentissement sur le foie ; or, peut-on corriger les troubles fonctionnels dus à l'alimentation ? On ne saurait y compter. En théorie le foie peut être altéré par excès, insuffisance ou déviation de fonctionnement, mais le diagnostic de ces 3 formes et souvent fort difficile, et l'on ne saurait dire quelle est l'action des aliments sur ces troubles fonctionnels, car, si l'estomac réagit par la souffrance, il n'en est pas de même du foie, qui peut souffrir silencieusement pendant des mois et des années. L'action toxique de l'alcool, que la clinique affirme, n'a pu être mise en évidence par l'expérimentation, à cause du temps qu'il faudrait pour arriver à un résultat.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur le régime des hépatiques : pour l'ictère catarrhal, par exemple, on craint en Allemagne les graisses, et on permet le chevreuil, la bécasse, etc., alors qu'en France on préfère le régime lacté.

L'hyperhépatique et l'hypohépatie auront-elles chacune leur régime ? Non, car on voit pour l'estomac, que les régimes de l'hyperchlorhydrie et de l'hypochlorhydrie se ressemblent beaucoup. Que le foie soit excité ou non, il lui faut un minimum de travail quand son fonctionnement est anormal. Si on cherchait à l'exciter, on verrait que cette excitation répétée provoquerait en fin de compte son insuffisance. En somme, un régime pour les hépatiques doit avant tout ménager les fonctions intestinales.

Les albuminoïdes excitent la fonction biligénique, il faut donc les réduire et surtout les choisir pour agir sur le foie : les albuminoïdes de la viande sont parfois toxiques et peuvent provoquer des congestions hépatiques actives. La viande est toxique même chez les carnivores, quand le foie ne l'élabore pas. Les ictériques, de leur côté, digèrent mal la graisse.

Dans le régime des hépatiques, on doit donc exclure la viande ou en diminuer la quantité. Choisira-t-on les viandes rouges ou les blanches ? Il faut préférer ces dernières, malgré les conceptions théoriques, parce qu'on les mange plus cuites que les rouges. Les poissons de mer, si altérables, doivent être défendus. Le lait est bien toléré : il est en outre diurétique et le rein supplée en partie le foie. Faut-il écrémer le lait, comme le veulent les Allemands? L'orateur ne le pense pas, car la graisse du lait ne contient pas de stéarine et est fort bien émulsionnée.

Les fromages faits sont à rejeter : les légumes frais, riches en sels organiques, seront recommandés. La carotte, célèbre depuis les temps les plus reculés dans le traitement de l'ictère, n'a aucune action spéciale sur l'ictère : la croyance populaire est due à la couleur jaune de ce légume. Les féculents, le pain surtout, ont des inconvénients dès qu'on les absorbe en excès. Pour les corps gras, on ne permettra que le strict nécessaire et on choisira ceux qui présentent un point de fusion bas.

Les acides sont bons ou mauvais : les sels acides sont à recommander, car ils donnent naissance, dans l'organisme, à des carbonates alcalins. On préférera le citron au vinaigre, l'oseille sera défendue : pour la tomate, elle a été tout dernièrement réhabilitée.

Le régime dans les affections des voies biliaires demande quelques précautions pour éviter les infections chez ces malades ; le foie souffre toujours ou se trouve en imminence de souffrance. La bile peut s'infecter, il faut la faire couler activement, et, à ce sujet, il y a lieu de remarquer que l'espace entre le dernier repas du soir et le premier du matin est trop long.

M. Robin développe quelques considérations sur le même sujet : on ne voit pas clair dans le chapitre de la pathologie, parce qu'on n'a pas de fil directeur : il faut se tenir aux faits, et abandonner toute théorie et toute idée préconçue. Les toxines, dont tout le monde parle, que personne n'a jamais trouvées, jouent un rôle théorique néfaste dans la question des affections hépatiques : on ne saurait s'appuyer sur leur existence pour instituer un régime utile aux malades.

Arrive-t-on mieux en étudiant les troubles fonctionnels ? Non, car la glycosurie alimentaire n'est même pas un indice d'hypofonction : l'orateur en ferait plutôt un signe d'hyperfonction.

Le fil directeur dans ces recherches, est constitué par l'étude des échanges intraorganiques. On voit alors que le foie fonctionne tantôt trop, tantôt pas assez, et cela indépendamment de la lésion anatomique. En recherchant dans les urines le soufre incomplètement oxydé, on reconnaît qu'il nous donne un indice certain du trouble fonctionnel, car il diminue aussitôt que le foie entre en hyperactivité : ce soufre nous donne la mesure du degré d'excitation du foie. Donc, sans se préoccuper de la maladie, on recherchera, en premier lieu, si le fonctionnement du foie est exagéré ou diminué, et on se guidera sur ces constatations pour établir le régime. Le régime lacté, qui abaisse le fonctionnement hépatique à un minimum, peut donc être suivant les cas, excellent ou nuisible. Or, si on admet, par exemple, dans l'ictère catarrhal, une intervention des toxines, on prescrira le lait indistinctement, alors que tout, au contraire, le foie en hypofonction dans cette maladie, doit être excité par un régime substantiel. Il en est exactement de même après une crise de coliques hépatiques. Les faits cliniques démontrent journellement l'exactitude de ces données.

Dans la cirrhose, il faut réserver le lait aux cirrhoses hypertrophiques avec hyperfonction hépatique, et se garder de le donner dans la cirrhose atrophique. Le lait est réservé par l'orateur, en général, aux malades de cette catégorie dont l'estomac est intolérant : les autres seront nourris aussi bien que possible.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies générales non infectieuses et intoxications

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Sur la cure de déchloruration, par GAUCKLER (*Bull. gén. de Thérapeutique*, 15 février 1904). — Nous retenons de cette étude d'ensemble les conclusions que l'on peut tirer actuellement au point de vue thérapeutique.

1° *Maladie de Bright.* Pour que l'ingestion chlorurée produise un effet nocif, il faut que l'organisme soit déjà en état de rétention chlorurée. Chez un malade de Widal qu'on pesait tous les jours, il y avait une tolérance d'hydratation de 6 kilos : entre le moment où le poids du malade commençait à monter et celui où l'œdème apparaissait, il y avait une différence de poids de 6 kilos, correspondant à la fixation dans les tissus mêmes. Donc, aux périodes de crise, la déchloruration s'impose, mais elle est moins nécessaire aux périodes d'accalmie.

2° *Affections cardiaques.* La déchloruration, si elle fait disparaître les œdèmes brightiques, n'exerce sur les œdèmes cardiaques qu'une action suspensive : on ne se trouve pas ici en présence d'une méthode thérapeutique de sérieuse valeur. Mais, pour le brightique comme pour le cardiaque, le régime chloruré est un régime dangereux.

3° *Cirrhoses.* Le régime chloruré est néfaste, mais le régime déchloruré, s'il exerce une action suspensive sur l'ascite, n'agit pas sur la cirrhose elle-même : on ne voit jamais les chutes de poids qu'on observe chez les néphritiques.

4° *Affections diverses.* Dans tous ces cas, on arrive toujours à cette conclusion : le régime déchloruré n'a pas d'action curative vraie, ce sont les chlorures qui ont une action nocive sur l'organisme dans certaines circonstances. D'où la conclusion de la nocivité possible des injections massives de sérum physiologique (cas d'Achard, Laubry, etc.) : en attendant, il y a lieu de retenir que la rétention chlorurée est une contre-indication formelle aux injections salines. D'un autre côté, le régime déchloruré strict semble améliorer considérablement le chimisme gastrique des sujets atteints d'hyperchlorhydrie.

Enfin, la résorption de certains œdèmes pouvant donner lieu à des accidents cérébraux, il est préférable de recommander un régime *relativement déchloruré*, plutôt qu'un régime *achloruré*.

E. VOGT.

Albuminisme et régime sucré (*Bull. gén. de thérapeutique*, 15 février 1904). — LAUMONIER rappelle qu'à la tendance à la suralimentation, surtout carnée, qui faisait partie du *credo* médical d'il y a une vingtaine d'années, a succédé il y a peu de temps, une tendance opposée.

Pour plusieurs auteurs actuels (Mauret, Bardet, etc.), l'homme mange aujourd'hui beaucoup trop, et les excès alimentaires continus qu'il commet sont la cause de l'extrême fréquence des affections gastro-intestinales, des insuffisances hépatiques et rénales, de l'arthritisme.

Sommes-nous actuellement en état d'albuminisme, c'est-à-dire la quantité d'albumine ingérée est-elle trop élevée? La question est difficile à résoudre, car par l'étude des excreta totaux (fèces et urines), on arrive à exagérer les besoins d'albumine, puisque dans les fèces on en trouve une quantité qui n'a pas été digérée. Si on se rapporte aux seuls excreta urinaires, on amoindrit le chiffre de ces besoins, car on ne tient pas compte des produits de la respiration, de l'élimination cutanée, des glandes digestives, etc. Mais en soumettant ces chiffres contradictoires à un examen minutieux, on arrive à ce résultat, qu'un adulte moyen, au repos, demande au maximum une ration

d'albumine de 0,70 à 0,80 grammes par kilo de son poids et par jour.

Autrefois, on pensait que le besoin d'albumine croît avec le travail pruduit, mais des auteurs récents pensent qu'il n'en est pas ainsi et qu'il suffit d'ingérer des aliments purement thermogènes pour parer à la dépense de travail. Mais ces déductions sont physiologiquement erronées, et des expériences sur des chiens ont démontré que pour passer du repas à un travail effectif, il ne faut pas négliger d'augmenter la ration d'albumine.

Un résumé, le praticien retiendra de ces données, à titre prophylactique et thérapeutique, que l'on mange trop, trop de viande surtout, et que nombre de maladies chroniques sont dues à cette intempérance.

E. Vogt.

Emploi clinique du sérum antimorphinique (eumorphol) (*Ztschr. f. Krankenpflege*, n° 11, 1903). — Hirschlaff affirme avoir réussi à obtenir un sérum conférant à des lapins et à des souris une immunité contre l'intoxication morphinique aiguë. Ce sérum, essayé chez 4 sujets soumis à la cure de démorphinisation, en injections sous-cutanées (5 cc. à la fois tous les 4 à 5 jours), a donné les résultats suivants : dans un temps variant entre 17 jours à 2 mois, les injections, qui n'ont jamais provoqué d'accidents locaux ou généraux, ont permis d'obtenir la démorphinisation sans les inconvénients ordinairement observés. On ne nota jamais de diarrhées, de vomissements, de collapsus, etc., l'état général fut beaucoup moins compromis que dans la cure de démorphinisation ordinaire. L'action des injections est parfois immédiate, parfois elle ne se montre qu'au bout de 24 à 36 heures. Dans deux cas très graves, on injecta 10 cc. d'un seul coup : le besoin de morphine fut instantanément supprimé. L'auteur se propose, à l'avenir, d'intervenir, dans les cas graves, plus hardiment encore et d'injecter tous les jours 10 cc.

E. Vogt.

Traitement de l'ankylostomiase par le podophyllin (*Deutsche med. Wochenschrift*, 28 janv. 1904). — Neumann rappelle que Tenholt, médecin en chef du district de la Ruhr, dans lequel l'ankylostome exerce depuis quelque temps des ravages, a reconnu que le traitement classique (calomel et extrait de fougère mâle) n'est vraiment efficace qu'à condition de provoquer chez le mineur traité des troubles graves d'intoxication. Pour Neumann l'explication de ce fait doit être cherchée, non pas dans une véritable inhibition de l'organisme par les médicaments, mais plutôt dans une modification de l'épithélium intestinal. Or, nous possédons dans le podophyllin un produit qui, sans être très toxique, altère dans une mesure marquée l'épithélium intestinal. L'auteur a donc, chez trois mineurs restés réfractaires au traitement classique, donné, pendant trois jours de suite deux doses de 0,035 gr. de podophyllin. Le troisième jour il se produisit de la diarrhée, et 4 jours plus tard, on ne trouvait plus trace d'œufs d'ankylostomes dans les fèces.

E. Vogt.

Maladies infectieuses

Dr Lesage

Médecin des hôpitaux.

Première application du sérum antipneumococcique de Tizzoni-Panichi (*Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, n° 47, 1903). — Dans un travail paru dans le fascicule XV, 1903 du journal « Il Policlinico », les auteurs après avoir démontré que l'insuffisance et l'inconstance de la sérothérapie antipneumococcique sont dues aux milieux de culture défectueux, ont déclaré avoir obtenu avec des substratums nutritifs particuliers, un sérum actif très bien supporté par les animaux, même en injection intraveineuse. L'immunisation est réalisée d'abord par l'injection sous-cutanée et intraveineuse de culture en bouillon : par l'injection simultanée dans les veines de culture et de sérum sanguin dès que celui-ci possède un léger pouvoir antitoxique.

Les expériences de laboratoire ont été très satisfaisantes, les animaux se remettent même d'une infection très avancée avec des doses de sérum de 0,5 à 25 0/0. La température tombe rapidement à la normale si on a injecté une dose suffisante; les lésions locales augmentent très peu avec des doses faibles, tandis qu'elles s'arrêtent complètement dans leur évolution avec une dose assez forte. Les auteurs font encore remarquer que le sérum du pneumocoque de Frænkel (variété commune), a une action utile contre le virus de la variété névrotoxique, tandis que le sérum de cette espèce est dépourvu de toute action contre le premier. Le sérum enfin ne tue pas les bacilles mais les empêche d'étendre leur action nuisible grâce au sérum permettant aux défenses organiques de les détruire graduellement.

Il est intéressant de voir maintenant les résultats obtenus dans la pratique avec ce nouveau sérum.

L. Panichi relate sept cas de pneumoniques traités par le sérum. Les injections intraveineuses ne provoquèrent aucune réaction proche ou éloignée sur le malade et sur le décours de la maladie. Les pneumoniques étaient jeunes (14-42 ans); le traitement fut commencé le 2e, 3e, 4e, 5e jour de la maladie. Bien que les pneumonies ne fussent pas compliquées, elles se présentaient avec des phénomènes importants à cause de l'infection malarique antérieure et des phénoménes généraux d'intoxication, vomissements, délire. Il faut encore ajouter que la mortalité par pneumonie est dans les hôpitaux de Rome, de 30 0/0.

Le sérum a favorablement influencé les phénomènes généraux et locaux, la fonction respiratoire. La fièvre tombe de 1-4 degrés, ce qui arrive même avec les sérums moins actifs, et l'abaissement persiste le jour aussi; la fièvre ne tombe plus par crise, mais toujours par lysis. Les malades se sentent beaucoup mieux; le pouls et la respiration s'améliorent. La valeur de tous ces phénomènes généraux est bien plus grande si l'on considère qu'en même temps les crachats deviennent moins épais, moins rouillés et prennent un aspect presque catarrhal; ils sont plus abondants. A l'auscultation on remarque toujours la formation de nombreux râles de retour 8-12 heures après l'injection de 15-30 cc. de sérum, c'est-à-dire dès qu'on a atteint la dose calculée pour l'homme d'après les résultats expérimentaux sur le lapin.

L'auteur affirme que le sérum antipneumococcique de Tizzoni-Panichi, possède une action thérapeutique positive et utile dans les cas de pneumonie ainsi traités; le sérum abaisse non seulement la température, régularise le pouls et la respiration, mais agit encore sur le processus pneumonique local en fluidifiant l'exsudat fibrineux, ainsi que le sérum de Roux-Béhring, dans la diphtérie.

L'action du sérum a toutefois une limite : Dans un cas au 5e jour, qui s'était compliqué d'une péricardite, il n'agit nullement; pour l'homme ainsi que pour les animaux, le moment favorable au traitement, n'est pas indifférent; le sérum reste sans effet dès que l'infection a atteint une certaine période.

A. L. Percival.

Contribution au traitement antistreptococcique, par A. Montini (*Gazetta degli ospedali e delle cliniche*, no 53 1903. — L'auteur vient d'employer le sérum antistreptococcique dans un cas très grave d'infection streptococcique par blessure cutanée et chez deux femmes atteintes d'infection puerpérale. Une femme succomba malgré le traitement; chez les autres malades la température s'abaissa rapidement; l'état général s'améliora et la guérison fut rapide. Le blessé quitta l'hôpital complètement guéri, après vingt jours de traitement: l'auteur lui injecta en six jours 70 ccm. de sérum et les mêmes doses furent injectées dans le même temps à la maladie qui guérit : elle se leva au bout de dix jours. La guérison est due sans aucun doute dans ces deux cas au sérum dont l'injection ne fut suivie d'aucune réaction dangereuse ni d'aucun malaise soit général, soit local.

A. L. Percival.

Traitement sérothérapique de la fièvre typhoïde par Max Tinhorn (*Medical Record*, 16 janvier 1904. — L'auteur a employé le sérum antityphique de Jez et Tavel, de Berne, en injections sous-cutanées, mais à plus petites doses que celles recommandées par Jez. Des cas moyens, graves et très graves ont été soumis à ce traitement. Les cas légers ont été exceptés du traitement. Dans tous les cas au nombre de dix le diagnostic de la fièvre typhoïde était certain. De ces observations il résulte que dans la plupart des cas la maladie ne semble pas avoir été matériellement abrégée.

Habituellement la fièvre s'abaisse d'une façon marquée soit le jour qui suit l'injection soit seulement après la deuxième injection. La réduction paraît être d'un ou deux degrés Fahrenheit et la rémission dure longtemps. L'état général, surtout les symptômes du côté de la sensibilité et du système nerveux sont très améliorés, de sorte que certaines complications graves, telles que l'insomnie, la céphalée, l'agitation, le délire disparaissent presque entièrement. Comme ces injections ont été faites tardivement, c'est-à-dire du neuvième au quinzième jour, l'auteur croit que les résultats seront meilleurs si on les pratique plus tôt. Les injections ne semblent entraîner aucun danger ; en tout cas, faites en grand nombre, elles n'ont entraîné aucun trouble sérieux. Jamais on n'a observé d'abcès; dans deux cas il y a eu un érythème passager au niveau de l'injection, dans un autre le malade a eu un frisson d'un quart d'heure.

L. Jumon.

Le phénocolle dans le traitement du paludisme, par le Dr R. Cortonell (*Boletin del Colgio de Médicos de la Provincia de Toledo*, no 12, 1903). — Dans plusieurs cas de paludisme observés à Barcelone chez de petits enfants, le Dr Cortonell a eu l'occasion d'apprécier les bons effets de l'administration du phénocolle.

Quand les cas sont un peu rebelles et un peu anciens, il arrive souvent que la quinine, même les sels insolubles, sont mal tolérés par l'estomac ; il faut alors recourir à la voie hypodermique ou utiliser des succédanés. C'est dans ces circonstances que l'auteur s'est bien trouvé de l'administration du phénocolle, combinaison de la phénacétine et du glycocolle.

On peut le prescrire en potion associé à la teinture d'eucalyptus. Sa facile solubilité et sa saveur peu amère, plutôt salée, permettent de le faire prendre aux enfants ; d'un autre côté son action globulicide minima fait que la dose d'un demi-gramme est absolument inoffensive même chez les petits enfants. Comme la quinine, il doit être prescrit quand il y a encore des accès fébriles, et il agit avec plus d'efficacité à doses massives qu'à doses fractionnées.

L'auteur recommande encore l'association du phénocolle et de la quinine, mélange plus actif que chacun de ces agents pris isolément, dans les cas de paludisme rebelle. Ce fait a des précédents dans l'association de la quinine avec l'antipyrine.

D'après les auteurs qui ont étudié le phénocolle, son élimination est aussi rapide que son absorption, ce qui le rend inoffensif même chez les tuberculeux auxquels on le prescrit contre la fièvre vespérale.

La dose pour les adultes est de 2 à 3 grammes par jour.

Aux enfants on prescrit suivant l'âge depuis un décigramme jusqu'à cinquante centigrammes, et il n'y a pas d'inconvénient de la dissoudre dans du lait ou un autre liquide tiède, thé, café, etc.

F. Bérini.

Succedanés de la quinine dans le traitement de la malaria, par John Moore (*Therapeutic Gazette*, 15 janvier 1904). — D'après l'auteur, aucun médicament n'est supérieur ou même égal à la quinine qui possède une action spécifique sur les plasmodies. Un certain nombre de médicaments ont été cependant considérés nomme de bons adjuvants dans le traitement des fièvres paludéennes, mais Moore n'en connaît qu'un exerçant une action parasiticide sur les plasmodies, c'est le bleu de méthylène. Un autre médicament dont la valeur a été nettement constatée est l'arsenic.

Guttmann et Elbich en 1892 ont été amenés à employer le bleu de méthylène en observant que cette substance non-seulement colore les parasites dans le sang frais, mais détruit rapidement leurs mouvements. Dernièrement Allison et Moore ont étudié vingt cas de malaria qu'ils ont traités alternativement par le bleu de méthylène et par la quinine.

Pour eux, le bleu de méthylène détruit les parasites dans beaucoup de cas, mais avec moins de sûreté que la quinine. Dans les cas chroniques il donne de bons résultats sans avoir d'avantages sur la quinine. Les effets du bleu de méthylène sont habituellement plus désagréables que ceux de la quinine. Il est utile dans les cas où l'on ne peut employer la quinine par suite d'une idiosyncrasie. Son action diurétique fait qu'on peut l'employer avec avantage dans la fièvre hématurique et hémoglobinurique. Ces auteurs croient que les effets de la quinine sont plus rapides et beaucoup plus certains.

Là ou existe une idiosyncrasie pour la quinine on donnera le bleu de méthylène pur aux doses de 0,20, 0,30 centigrammes toutes les quatre à six heures dans une capsule, associés à 0, 06 à 0,15 centigrammes de poudre de noix muscade. Parfois il se produit une sensation de brûlure pendant les mictions, plus rarement des nausées, de la céphalée.

Le bleu de méthylène agit plus sûrement dans les formes chroniques de la malaria que dans les fièvres aiguës tierce et quarte. Chez les femmes enceintes le bleu de méthylène déterminerait des contractions douloureuses de l'utérus. Le bleu de méthylène donne de très bons résultats dans les névralgies, surtout dans celles qui sont d'origine paludéenne ; il en est de même de la névrite de même origine.

L'arsenic rend de grands services soit seul soit associé à la quinine ou au bleu de méthylène dans le traitement de la malaria chronique.

L'auteur se sert de la liqueur de Fowler à petites doses, 2 à 5 gouttes, qu'il augmente jusqu'à ce qu'apparaisse un peu de bouffissure de la paupière inférieure, puis il susprend la médication pendant quelques jours. On peut associer l'arsenic au fer, surtout dans la cachexie palustre.

L. Jumon.

Chirurgie générale

Dr Benoit

Ancien interne des hôpitaux

L'inflammation chronique de la graisse sous-patellaire, par Lejars (*La Semaine médicale*, 10 février 1904). — Le Pr Hoffa, de Berlin, a tout dernièrement attiré l'attention sur l'inflammation du peloton graisseux sous-jacent à

la pointe de la rotule et au ligament rotulien, ainsi qu'au repli de la synoviale qui, en haut, se réfléchit sur lui. Cette inflammation paraît d'origine traumatique et se développe à la suite d'un accident qui s'est traduit d'abord par un peu d'épanchement articulaire.

La douleur, dans ces cas, résiste à tous les traitements, et le diagnostic qui se présente d'abord est celui de corps étranger.

A l'examen du genou, on trouve le relief que dessine de chaque côté du ligament rotulien, la graisse hypertrophiée et la double voussure qui longe et encadre les bords du ligament; ces bourrelets sont formés par une graisse compacte, lobulée par des tractus fibreux.

L'excision de cette graisse sous-patillaire malade est le seul traitement qui assure la guérison : une incision côtoyant l'un des bords du ligament rotulien, ou une double incision latérale, permettront cette excision.

L'auteur a opéré dernièrement un cas de ce genre, à propos duquel il avait pensé à une tuberculose initiale localisée; mais l'intervention ne fit trouver que de la graisse, et nulle part des fongosités. Dans un autre cas, mêmes craintes avant l'opération et même constatation en cours d'intervention.

Pour ces deux malades, le résultat ultérieur fut excellent et la douleur continue, avec exacerbation brusque, simulant le corps étranger, a complètement disparu.

E. Vogt.

Traitement de l'ostéo-arthrite, par Edward Mebbins (*Medical News*, 23 janvier 1904). — L'auteur considère les affections ostéo-arthritiques comme l'un des principaux groupes du rhumatisme. Dans ce groupe, les lésions respectent la synoviale atteinte dans l'arthrite rhumatismale. Les lésions sont en partie destructives, en partie hypertrophiques. En général le cartilage est le premier tissu à souffrir. Les formes d'ostéo-arthrite qui ont reçu des dénominations particulières sont les nodosités d'Heberden, la spondylite déformante et le *morbis coxæ senilis*. L'auteur classe les affections ostéo-arthritiques suivant leurs causes en toxiques ou infectieuses, consécutives aux infections, au rhumatisme, à la goutte, en nutritives consécutives au rachitisme, à l'ostéo-malaise et en ostéo-arthrite d'origine traumatique.

Le traitement est général et local.

Général, le traitement doit s'adapter à la cause présumée. On administre souvent les alcalins afin d'éliminer l'acide urique supposé en excès. Ils peuvent être utiles en combattant les fermentations intestinales, mais il est douteux qu'ils agissent sur l'acide urique. Dans ce cas même ils ne sont utiles que dans l'ostéo-arthrite dépendant de la diathèse goutteuse. Les salicylates peuvent être donnés dans les cas d'origine rhumatismale pour combattre la douleur. Sauf dans la syphilis où le mercure et l'iodure peuvent avoir une action, aucun traitement médicamenteux ne peut réduire d'une façon appréciable le volume des os. Cependant on peut encore agir pour arrêter l'augmentation de volume dans les cas où les sécrétions internes font défaut, en donnant les préparations opothérapiques. Le régime est important; Thorne, de Londres, a obtenu de bons résultats du régime antidiabétique. Le changement de climat est souvent très avantageux pour le malade dont l'état peut s'améliorer beaucoup par un traitement thermal.

Le traitement local doit être prudemment institué. Des interventions locales trop actives excellentes dans quelques cas ont généralement de graves inconvénients. Tant qu'il existe des nodules irréguliers, en voie de formation dans les os et les cartilages, tout traitement violent ne fera qu'aggraver le processus. Dans les stades précoces de la maladie, le traitement doit consister dans le repos et l'atténuation de la douleur. Au besoin même, il faudra immobiliser la jointure, on fera de la compression pour combattre la pression intra-articulaire. Mais on ne doit pas prolonger outre mesure cette phase de traitement, au risque d'aggraver la tendance à la raideur. Dès que l'inflammation aiguë a cédé, il faut soumettre les articulations malades aux bains d'air surchauffé, qu'on fera suivre de mouvements passifs de jointures et de massage des muscles voisins; mais jamais on ne poussera les mouvements jusqu'à la douleur.

Cette forme de traitement, en améliorant la nutrition des articulations et en activant la résorption des produits morbides de la maladie, donne souvent d'excellents résultats en diminuant la raideur, la douleur et la faiblesse générale, ainsi que la tendance à l'atrophie musculaire.

Dans les cas très avancés, des manipulations forcées de l'articulation sous l'anesthésie ont donné parfois un soulagement temporaire, mais en général seulement dans les cas où la raideur dépendait d'adhérences fibreuses. Il n'est pas prudent d'essayer de cette manière de détruire les ostéophytes qui peuvent s'engager dans les articulations et constituer de véritables corps étrangers.

L. Jumon.

Traitement du pied-bot, par M. Piechaud (*in Revue mensuelle de gynécologie, obstétrique et pédiâtrie de Bordeaux*, n° 9). — Dans une assez

courte monographie d'un sens très pratique, M. Pirchaud, sans entrer dans le détail anatomique plus oumoins exact des articulations du pied déformées dans le pied-bot, examine en clinicien la manière de traiter cette difformité suivant son *espèce*, ou mieux *son degré*. La question de l'âge ne peut servir à classifier cette affection puisque toutes les variétés de pied-bot peuven être congénitales.

Trois variétés cliniques : *pied-bot tendineux, pied-bot tendino-osseux, pied-bot osseux*. C'est à la main, au toucher qu'on apprécie la nature d'un pied-bot.

Pied-bot tendineux. — Le premier degré est facilement réductible à la pression des mains : on s'en assure en saisissant le pied des jeunes malades, qu'il s'agisse de *talus*, de *valgus*, ou de *varus équin*. Le *massage* quotidien fait par le médecin, la mère, ou la nourrice, en vient à bout en cinq ou six mois. Un bandage roulé maintient le résultat. Ce n'est que par exception qu'il sera nécessaire de débrider un tendon rétracté, soit par la ténotomie d'Achille, soit par la ténotomie plantaire. Un simple plâtre bien appliqué devra maintenir le pied.

Pied-bot tendino-osseux. — Variété identique, mais plus résistante. Ici le *massage forcé* en plusieurs séances, fait à la main, suffit dans beaucoup de cas pour ramener la souplesse, détruire les enroulements. Il faut toujours y recourir avant les ténotomies, mais ne pas s'y éterniser. Chaque fois qu'il est nécessaire d'employer le chloroforme et de placer des appareils inamovibles après des ténotomies, avoir soin d'attendre que l'enfant ait atteint 10 mois à un an; faire patienter la famille. Le résultat n'en sera que meilleur, les enfants ayant pris quelques habitudes de propreté qui rendront possible le maintien et l'entretien des appareils. L'opération de Phelps, aujourd'hui assez répandue, trouve là ses meilleures indications.

Parfois la perte de la souplesse des articulations et des tendons apparaît à un degré plus avancé. Deux voies nous sont ouvertes. Le *redressement forcé* avec les machines, la *tarsectomie*. L'auteur répudie toutes sortes de machine de force, le broiement des os ne pouvant en aucun cas être considéré comme meilleur qu'une résection à ciel ouvert Il faut donc réséquer les os du tarse et cela, aussi largement que nécessaire, ainsi que l'a récemment conseillé M. Lucas-Championnière.

Dans bien des, cas cependant, on arrive en plusieurs séances échelonnées à certaines intervalles, à vaincre la résistance de cette variété de pied-bots, en s'aidant seulement de toutes les ténotomies nécessaires.

Pied-bot osseux. — Le degré le plus avancé de la difformité. Il faut savoir qu'on peut l'observer dès la naissance. Le plus souvent, il est l'aboutissant de déviations d'origine assez variée, infectieuse ou paralytique. Les luxations osseuses sont devenues irréductibles, les rétractions tendineuses ne font que compliquer cet état pathologique. Ici, faire la ténotomie du tendon d'Achille, si elle paraît nécessaire, puis réséquer tout ce qui fait obstacle à la réduction. L'incision la meilleure est celle qui découvre sur le dos du pied tous les os du tarse qui fon obstacle au redressement. On use habituellement d'une incision qui part du sommet de la malléole péronière, pour aller en se recourbant se terminer vers l'extrémité postérieure du quatrième métatarsien. Toutes les parties molles écartées, on est libre d'agir sur l'astragale d'abord. L'*astragalectomie* suffit rarement ; on devra y joindre successivement, et selon les besoins l'ablation progressive du *cuboïde* et des *cunéiformes*. Cette résection peut être bornée au strict nécessaire. Mais il ne faut s'arrêter que lorsqu'on a dépassé le but. A ce moment, il est à peine nécessaire de mettre le pied dans un appareil plâtré. Le pansement en bonne position, maintenue par des bandes suffit. Le massage et l'électricité rendront ensuite au membre son fonctionnement et sa souplesse.

A. Benoit.

Extirpation totale de l'estomac ; un cas d'insuccès, par M. G. Moynihan (*British Med. Journal*, 5 déc. 1903. — Depuis la publication du cas de Schlatter, on a publié sous ce nom beaucoup de cas où une portion plus ou moins grande de la partie *cardiaque* de l'estomac avait été respectée. Les cas antérieurs à celui de Schlatter, qui fut un succès complet, n'avaient pas été encourageants, puisque le malade de Connor (1883) mourut sur la table; dans les faits de Schuchardt, Maydl, Langenbuch (1894), l'extirpation n'avait pas été complète. La récidive était survenue plus ou moins tôt. Dans le cas heureux de Schlatter, le duodenum ayant été fermé complètement et l'œsophage uni au jejunum, la malade âgé de 56 ans, vécut 14 mois et mourut de récidive locale. Cette opérée avait éprouvé un bénéfice réel de l'intervention, en ce qu'elle avait pu se nourrir très aisément et gagner du poids. La troisième opération totale fut accomplie par Brooks-Brigham en 1898. La malade, une femme de 66 ans, fut traitée par l'abouchement de l'œsophage avec le duodenum, au moyen du bouton de Murphy. La guérison s'ensuivit et la malade fut revue en bonne santé *deux ans* après l'opération. M. Richardson, de Boston, publia un quatrième cas, dans lequel il y eut succès opératoire avec

une survie de onze mois seulement. Le cas de Macdonald concerne un homme de 38 ans : union de l'œsophage et du duodenum avec le bouton de Murphy. Dix-huit mois plus tard, le malade vivait encore. Kocher enleva l'estomac entier et une portion du côlon transverse à un homme de 44 ans. Suture du duodenum et de l'œsophage; mort par péritonite. Bernays extirpa l'estomac et une portion du pancréas chez un sujet de 42 ans qui mourut du shock opératoire. Même insuccès chez Chavasse, qui ne put rapprocher l'œsophage de l'intestin et dut le fermer, pour faire la *duodénostomie*. On trouve une autre modalité opératoire dans le cas de Bardeleben, qui ferma les bouts sectionnés de l'œsophage et du duodenum par la suture et fit une *anastomose latérale* entre l'œsophage et une anse d'intestin grêle; cette pratique serait sans doute plus appropriée à certain cas anormaux. On connaît un autre exemple de cette méthode. Herczel fit l'extirpation totale suivie de l'anastomose latérale entre l'œsophage et l'intestin grêle. Pour éviter des tractions sur la ligne de suture, il unit l'anse anastomosée au diaphragme par quelques points. Le résultat fut ici remarquable; deux ans après, le patient avait gagné 18 kilogr. 1/2. Puis les succès opératoires, avec survie importante deviennent plus fréquents, avec Harvie, Dollinger, Gurrea y Hurtado, Rivera. La mort par péritonite, suite de l'imperfection des sutures, arrive dans les cas de Iedoroff et de Vender Veer, chez des sujets pourtant jeunes. Cette statistique, utile à connaître pour se faire une opinion, comprend 16 cas. Les âges varient de 35 à 66 ans. Il y a dix guérisons et six décès. Tantôt on a uni l'œsophage au duodenum, tantôt au jéjunum.

A cela, l'auteur ajoute un cas personnel : homme de 49 ans malade depuis peu de temps, mais déjà très amaigri par l'inanition. La tumeur, découverte, avait envahi tout l'estomac et les glandes étaient hypertrophiées sur les deux bords; mais on ne trouva pas trace de propagation au foie, et l'extirpation fut décidée. Le duodenum, séparé fut fermé par une suture; un clamp fut placé provisoirement sur la section œsophagienne. Il fit alors une anastomose entre l'œsophage et une anse de jéjunum attiré à travers une déchirure du mésocôlon transverse. La demi-circonférence postérieure des sutures étant faite, le jéjunum fut ouvert et on eut recours pour faciliter la suture, au procédé suivant :

Un tube à lavage fut introduit dans l'œsophage et conduit par cette anastomose jusque dans le jéjunum, où il fut maintenu en position pendant que la demi-circonférence antérieure de sutures était faite. En faisant un deuxième plan de suture continue, comme la précédente, on passa de distance en distance des points d'union avec la face inférieure du diaphragme. La manœuvre fut rendue très simple, grâce au tube œsophagien. Lorsqu'elle fut terminée, un demi-litre de lait peptonisé fut introduit par le tube jusque dans l'intestin. Le patient ne supporta malheureusement pas cette intervention et mourut en six heures. A ces cas il faut joindre trois cas du Dr Mikulicz dont on ne connaît pas les détails.

On peut se demander quelles sont les raisons sur lesquelles on s'appuie pour légitimer l'extirpation totale, lorsqu'on considère que les cas où on l'applique sont ceux où l'estomac entier étant envahi, il y a les plus grandes chances pour que des généralisations dans d'autres viscères aient déjà commencé. Or l'examen post-mortem très minutieux de certains cas, voire de ceux qui n'ont pas été opérés, a montré à l'auteur qu'il n'existait souvent aucun noyau secondaire, avec les tumeurs les plus étendues en surface. Les difficultés de cette opération sont certainement moindres qu'on ne s'y attend; elle a sa place en chirurgie, en dehors des considérations de « virtuosité chirurgicale ». Le procédé du *tube œsophagie* personnel à l'auteur est d'un secours très appréciable.

A. Benoit.

Traitement des perforations postérieures des portions fixées du duodénum, par Summers (*Medical Record*, 23 janvier 1904). — Les perforations rétro-péritonéales du duodénum sont tellement rares qu'on a accordé peu d'attention à leur traitement. L'auteur relate un cas de coup de feu intéressant la paroi antérieure de la portion verticale du duodénum et de la paroi postérieure près de l'angle inférieur. Une heure après l'accident, le blessé fut anesthésié, l'abdomen fut ouvert par une incision verticale à travers l'orifice de sortie de la balle, au niveau de la jonction du neuvième cartilage costal droit avec le muscle droit de l'abdomen. Le projectile avait perforé le duodenum et la vésicule biliaire. La plaie de la paroi antérieure du duodenum fut suturée, de même que celle de la vésicule biliaire. Comme le blessé était en mauvais état, on se contenta de prolonger l'incision en arrière et d'introduire des bandes de gaze. On s'aperçut alors que le rein avait été touché. Le blessé mourut trois jours plus tard d'inflammation phlegmoneuse rétro-péritonéale sans péritonite. Si l'état du blessé l'avait permis, l'auteur aurait suturé la plaie postérieure du duodénum. Comme complément de l'opération, il aurait pratiqué une gastro-entérostomie.

Dans ces circonstances, pour soigner les organes abdominaux intéressés, il faut faire les incisions nécessaires pour pourvoir au drainage rétro-péritonéal.

L. Jumon.

Diagnostic et traitement de l'invagination, par Henry Roth (*Médical Record*, 19 décembre 1904). — L'invagination aiguë forme à peu près le tiers de toutes les variétés d'obstruction intestinale aiguë; chez les enfants, elle est la variété la plus commune d'obstruction. Plus d'un tiers de tous les cas s'observe chez les enfants, la moitié survient au-dessous d'un an. La maladie peut être aiguë, subaiguë ou chronique.

Chez les enfants, le diagnostic peut et doit être fait de bonne heure. La maladie débute brusquement et en général chez les enfants jusque-là bien portants. La douleur paroxystique et colliquative est le symptôme le plus important. Surviennent ensuite des vomissements à intervalles plus ou moins rapprochés. Les symptômes généraux sont ceux du shock, l'expression est anxieuse, la face est pâle, le pouls faible et rapide, la peau couverte d'une perspiration froide, la respiration est superficielle. Tous ces symptômes graves surviennent brusquement en pleine santé. Quelques heures après leur début, il peut déjà y avoir du mucus sanguinolent dans les selles et malgré cela, il peut y avoir une constipation absolue dès le premier symptôme. La température peut être inférieure à la normale. L'abdomen n'est pas distendu, les parois sont souvent relâchées sauf pendant les accès douloureux. A la palpation on peut sentir une tumeur, le plus souvent située dans la fosse iliaque droite. Parfois, on peut découvrir la tumeur par la palpation bimanuelle, en plaçant un doigt dans le rectum.

Si on abandonne l'affection à elle-même, les accidents dépendent de l'apparition possible de la gangrène et de l'infection péritonéale. La température se relève, le pouls devient rapide et faible, les symptômes sont ceux de la péritonite.

Le traitement a d'abord été mécanique, on pratiquait des injections et des insufflations. Mais la mortalité s'élevait à 75 0/0. Aujourd'hui les guérisons sont de plus en plus nombreuses avec le traitement chirurgical appliqué de bonne heure. Il y a une certaine ressemblance entre l'invagination et la hernie étranglée. Dans les deux cas, il faut intervenir rapidement, autrement on peut voir survenir la gangrène de l'intestin, qui oblige à de grandes résections.

L'auteur taxe le traitement mécanique par les injections et l'insufflation d'empirique, de dangereux et d'incertain, car la réduction opératoire est déjà difficile au bout de quelques heures. Si l'on veut cependant enrayer le traitement mécanique, il faut le faire dans les douze premières heures avec un anesthésique et après avoir préparé tout ce qu'il faut pour l'opération.

Des deux méthodes de distensions de l'intestin, une seule doit être retenue, c'est celle des injections d'eau.

On pratique ces injections à l'aide d'un réservoir élevé à peu près à 90 centimètres au-dessus du plan du malade.

Le liquide doit s'écouler lentement, on pratique pendant ce temps un massage léger de l'abdomen et on peut alors avoir la chance de sentir disparaître la tumeur.

Si l'irrigation est suivie de succès, les gaz et peut-être des matières s'échappent par le rectum. Au sortir de l'anesthésie, l'aspect de l'enfant aura changé, son air sera tranquille et bientôt, il demandera à manger. Mais ce résultat est plutôt une exception. Si la situation n'est pas modifiée, il faut alors recourir à l'opération immédiatement.

Il ne faut pas perdre de vue que l'irrigation peut être dangereuse en amenant une distension exagérée de l'intestin, qui peut être suivie de rupture.

L'opération donne des résultats d'autant meilleurs qu'elle est pratiquée plus tôt. L'abdomen est ouvert par une incision à travers le muscle droit du côté droit. On attire en dehors l'anse imaginée et l'on essaye la réduction en pressant sur le bourrelet de l'invagination à travers l'intestin. Il est très dangereux d'essayer de réduire en tirant sur l'intestin, on s'expose à déchirer l'intestin, le mésentère et parfois à voir sourdre les matières. Après s'être assuré que l'invagination est réduite et qu'il n'en existe pas d'autres, on ferme l'abdomen. Parfois les lésions de l'intestin seront telles qu'il faudra pratiquer une résection complète. Dans les cas désespérés, on pratiquera l'entéro-anastomose ou un anus artificiel.

L. Jumon.

Du siège de l'occlusion dans l'iléus par M. Tavel (*Revue de Chirurgie*, n° 12, 1903). — L'occlusion colique n'est pas toujours facile à délimiter. Nous citerons un cas où, chez la femme accouchée, il fallut aller chercher l'obstacle en amont de l'anse dilatée. L'A. intitule ce cas curieux : *iléus dynamique* par apéristallisme, *suite de bride sur le trajet du côlon ascendant et après accouchement.*

Mme S., pendant sa grossesse, s'était constamment plainte de son côté droit. On pensait à une périty phlite. Accouchée le 15 novembre au forceps, elle conserva du ballonnement su-

périeur, principalement, et sous-hépatique, Sensation de vraie tumeur intestinale, dure au toucher. Pas de fièvre, *pas de vomissements*; mais ni gaz, ni selles. Le 18 novembre, on se décide à faire la *laparotomie*. Le côlon ascendant est fixé par une bride de 12 centimètres de large à la paroi latérale de l'abdomen, d'où coudure. *En amont*, le cœcum est peu dilaté, les anses grêles sont vides; il n'y a pas réaction péritonéale. *En aval* de la bride, le reste du côlon ascendant, le côlon transverse et le côlon descendant sont très dilatés et pleins de gaz, sans qu'il soit possible de trouver un obstacle dans le côlon sigmoïde, si ce n'est la pression utérine. La bride fut enlevée, l'intestin ponctionné pour évacuer les gaz ; la malade guérit rapidement. Les fonctions reprirent leur cours normal.

Il faut donc songer, dans les cas d'*iléus paralytique post-partum*, à la possibilité de cette anomalie, l'irritation causée par l'obstacle produisant la dilatation parfois énorme du segment situé non en amont, mais en aval de lui. Kocher a publié un cas analogue. Ces cas sont sans doute assez exceptionnels ; il est bon de les signaler.

A. Benoit.

Obstruction intestinale après les opérations (*Revue critique de Médecine et de Chirurgie*, n° 11, 1903). — Une observation de M. Doyen, qui prouve que lorsqu'il se produit de l'obstruction véritable, après les opérations, portant sur l'intestin, telle que la suture d'une perforation, etc..., avant de se décider à faire une nouvelle laparotomie que le blessé ne pourrait peut-être supporter, il faut essayer les lavements répétés, dont il a eu à se louer dans un cas.

A. Benoit.

Excision du cœcum dans un cas de volumineuse tumeur fécale, par H. Parry (*Glasgow medical Journal*, février 1904). — L'auteur est intervenu dans un cas où il avait diagnostiqué un cancer du cœcum, en s'appuyant sur les symptômes suivants : constipation opiniâtre, selles aplaties, douleurs colliquatives, amaigrissement, cachexie et présence d'une tumeur solide dans la fosse iliaque droite, constatée depuis sept mois.

A l'ouverture de l'abdomen, l'aspect et les caractères de la masse en imposaient encore pour un carcinome, ce qui décida de l'opération. La méthode de Maunsell fut adoptée, mais elle ne semble pas offrir quelque avantage sur l'union bout à bout. Le drainage étant considéré comme nécessaire, en raison d'un suintement sanguin considérable, on introduisit un tube de verre dans l'ouverture, juste au-dessus de la crête de l'os iliaque. Trois jours plus tard, il sortit une petite quantité de matières fécales à travers le tube, mais cet écoulement cessa et le malade fut guéri en cinq semaines.

La concrétion était constituée entièrement par des matières fécales et il n'y avait pas de malformation congénitale du cœcum.

L. Jumon.

Considérations sur l'anesthésie par l'éther et le chloroforme (*La Presse médicale* 30 janvier 1904). — Le Pr Mayor (de Genève) estime que la mydriase observée au cours de l'anesthésie par l'éther, en opposition flagrante avec les lois qui régissent l'action des anesthésiques généraux, est due à un élément étranger, l'asphyxie causée par l'application du masque. Le sujet étouffe, et, en même temps, salive abondamment : cette salive s'introduit dans sa trachée et, mélangée à l'air, constitue les prétendues mucosités bronchiques. La démonstration de ce dernier fait est aisée à faire sur le lapin : si on le trachéotomise avant l'éthérisation, on ne trouvera jamais de spume dans son arbre trachéobronchique; cet accident est en revanche très fréquemment observé chez cet animal, quand on l'éthérise sans trachéotomie préalable. Du reste, en position de Trendelenburg, les sujets éthérisés respirent toujours bien, autre démontration du même fait.

L'auteur recommande, pour diminuer la salivation, l'essai prudent d'injections d'atropine avant la narcose : les doses jusqu'ici utilisées lui semblent trop élevées, et il faudrait débuter par des doses de quelques décimilligrammes.

Pour le chloroforme, l'auteur fait remarquer que le cœur supporte très mal le premier assaut que lui livrent certains toxiques : il est donc imprudent de recommander, comme on le fait souvent, de maintenir, dès le début de la chloroformisation la compresse hermétiquement appliquée sur la bouche du sujet. Pour éviter la syncope primitive, il faut au contraire, recommander au malade de respirer par la bouche, ne verser que quelques gouttes de chloroforme sur la compresse, et laisser pendant les premières minutes le patient respirer les vapeurs de chlorofome diluées dans l'air atmosphérique.

Quels que soient les résultats obtenus par les divers chirugiens, il faut se rappeler que l'éther tue par arrêt de la respiration : on peut donc ramener le malade à la vie par la respiration artificielle. Le chloroforme, au contraire, tue par le cœur : la respiration artificielle est inefficace : seul, le massage du cœur pourrait être essayé.

E. Voet.

Anesthésie mixte et administration du bromhydrate d'hyoscine avant l'éther, par A. Robertson (*Medical Record*, 3 janvier 1904). — Afin d'obtenir une anesthésie plus tranquille et dans le but de diminuer la sécrétion du mucus bronchique et de diminuer les effets secondaires désagréables des anesthésiques, on a fait avant l'inhalation une injection sous-cutanée de divers médicaments : morphine seule ou combinée avec l'atropine, atropine seule, chloral et dernièrement bromhydrate d'hyoscine, lequel a été proposé par Robertson. L'éther est le plus inoffensif des anesthésiques généraux pour les grandes opérations, mais il a l'inconvénient d'être un excitant, de produire de la salivation et une sécrétion de mucus dans les voies aériennes, qu'il irrite. L'éther augmente beaucoup la pression sanguine, il détermine de la céphalalgie, des nausées et des vomissements dans beaucoup de cas. Or, le bromhydrate d'hyoscine possède une action puissante pour combattre ces effets. C'est un sédatif cérébral qui supprime la période d'excitation, et empêche la salivation et la sécrétion du mucus. Il abaisse légèrement la pression sanguine et ralentit le pouls. Son administration est sans danger et rend des services dans l'éthérisation.

On injecte sous la peau 0,0006 (un centième de grain) une demi-heure avant de commencer les inhalations d'éther. Les effets de l'injection sont légers, mais constants. Au bout de dix minutes la bouche devient sèche, la pupille se dilate, mais répond au réflexe lumineux et l'accommodation persiste. Le patient en outre est enclin au sommeil. La face est normale dans la plupart des cas, il n'y a aucun symptôme d'agitation ni de vertige.

L'inhalation de l'éther se fait alors sans difficulté et le patient revient à lui sans incident le plus souvent. Les vomissements sont beaucoup moins fréquents. La sécrétion urinaire n'est pas modifiée, et on n'a pas constaté d'albuminurie. L'auteur rapporte 57 cas où il a employé cette méthode avec avantage.

L. Jumon.

Appareil pulmonaire
Cœur et Vaisseaux

Dr G. Lyon

Ex-chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Traitement de l'hémoptysie, par le Dr F. Corbonell (*Revista Cientifica Professional*, n° 8, 1903). — Les cas courants d'hémoptysie sont faciles à traiter; le repos, les boissons froides et acidulées et l'ergotine, jugulent généralement l'hémorragie dans un bref délai.

Mais quand on se trouve en présence de sujets présentant très peu de signes stétoscopiques, mais de fréquentes poussées congestives dans les foyers des sommets, la question se complique et il se peut très bien que le traitement indiqué ne réussisse pas. Dans ces cas on recourra à la révulsion et à la médication émétique. La première sous forme de cautérisations multiples et très petites, a pour effet très avantageux de régulariser l'action des vasomoteurs. La seconde constitue un excellent moyen, qu'on devrait employer davantage, car, mieux qu'aucune autre, elle ischémie le parenchyme pulmonaire et a pour conséquence un rythme respiratoire et circulatoire peu propice aux congestions actives ou aiguës. Elle agit par un mécanisme analogue à celui qu'on provoque pour arrêter les métrorrhagies puerpérales par atonie.

L'auteur cite plusieurs cas où il a dû administrer l'apomorphine et dont le résultat a été excellent.

F. Berini.

Observations sur le traitement médicamenteux de la tuberculose pulmonaire et de la scrofule, par le Pr Martin Mendelsohn (*Deutsche Aerzte Zeitung*, 15 janvier 1904). — L'auteur est convaincu que dans la pratique courante, on doit accorder une place très importante, sinon prépondérante aux agents médicaments dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Il critique fortement la pratique des sanatoriums où le malade passe quelques mois au repos et soumis à une alimentation intensive qui lui donne, il est vrai, une augmentation de poids. Mais cette augmentation de poids n'est pas synonyme ici de relèvement des forces, elle est due surtout à une surcharge adipeuse et sitôt que le malade a repris ses occupations, il revient en quelques semaines à son poids antérieur. Ce n'est pas là pour l'auteur une circonstance fâcheuse, car nous avons tous un poids normal autour duquel nous oscillons.

Cet engraissement n'est donc pas le criterium de l'amélioration, l'augmentation du poids corporel ne peut avoir cette signification que si elle est secondaire, c'est-à-dire si elle est la conséquence de l'amélioration du mouvement assimilateur, qui se traduit le plus habituellement par une stimulation de l'appétit. Avant donc de suralimenter, et si l'on veut que la suralimentation ait des effets durables et soit réellement le reflet d'une nutrition meilleure, il

faut relever cette nutrition par tous les moyens thérapeutiques propres à donner ce résultat.

Parmi les agents médicaments employés dans la tuberculose pulmonaire, l'auteur donne depuis plusieurs années la préférence au thiocol qui est absolument bien toléré et ne donne jamais lieu à des troubles gastriques ou autres.

Pour Mendelsohn, il possède toutes les actions thérapeutiques de la créosote et du gaïacol sans en partager les propriétés fâcheuses. Surtout, il n'est pas toxique, grand avantage pour la pratique infantile. Il ne s'agit d'ailleurs pas d'un spécifique, mais d'un médicament exerçant une action remarquable sur l'appétit, l'état général, l'expectoration et même sur les sueurs nocturnes. C'est comme modificateur général et stomachique que l'auteur l'a prescrit avec avantage à un grand nombre d'enfants scrofuleux. Les propriétés non irritantes du médicament, sa facile solubilité rendent son emploi commode chez les enfants qui sous son influence prennent de l'appétit, des forces et des couleurs.

C'est surtout en relevant l'appétit et l'état général que le thiocol agit chez les tuberculeux: leur augmentation de poids est alors persistante comme le maintien de leur bon état général, à condition que le traitement soit prolongé pendant très longtemps. Quant à l'expectoration, la principale modification est qu'elle est plus facile et a lieu sans quintes, la toux disparaît et l'expectoration diminue.

Cette action favorable sur la toux humide n'est pas spéciale aux phtisiques, Mendelsohn l'a constatée également chez les cardiaques qui toussent et auxquels il a donné le médicament. Un malade atteint d'anévrysme de l'aorte ayant des quintes de toux pénibles a été débarrassé de la toux en même temps que l'expectoration était plus facile.

Par contre, le thiocol ne semble exercer aucune action sur les hémoptysies. Enfin, le médicament atténue ou fait disparaître au bout de quelque temps les sueurs nocturnes.

L. Jumon.

Anévrysme cirsoïde traité par l'excision et l'extirpation, par Rushton Parker (*Brit. med. Journ.* 6 février 1904). — L'anévrysme cirsoïde extirpé par l'auteur occupait la région frontale gauche chez un groom âgé de 19 ans, le volume était la moitié d'une petite orange. La tumeur avait commencé à se développer à l'âge de cinq ans à la suite d'une chute de 18 marches dans un escalier; un mois plus tard on vit apparaître au siège de l'anévrysme une tumeur du volume d'un pois, qui ne fit que s'accroître. La tumeur n'est pas douloureuse, à plusieurs reprises elle a donné lieu à des hémorragies. Les mouvements d'expansion étaient assez marqués dans certaines parties de la tumeur.

L'opération a consisté à lier la branche temporaire de l'artère, après avoir fait une triple incision constituant trois lambeaux triangulaires se rejoignant de leurs sommets. Les vaisseaux non dilatés furent soulevés et ligaturés, les dilatations caverneuses furent excisées avec le tissu spongieux nœvoïde.

Après la réunion des lambeaux, la plaie guérit par première intension. Jordan, de Birmingham, préconise la libre incision des nœvi lorsqu'on le peut, suivie de l'excision. La ponction des nœvi caverneux donne lieu à une hémorragie difficile à arrêter, mais l'incision large est immédiatement suivie de la réduction du gonflement, que l'on peut ensuite exciser à volonté. Les tentatives d'excision des anévrysmes circoïdes par la dissection ordinaire, ou d'isolement suivies de ligatures des artères nourricières peuvent donner lieu à des hémorragies et à de grosses difficultés. La seule manière d'atteindre ces tumeurs avec sûreté est de l'attaquer par les plans profonds de la peau après avoir ouvert largement et enlevé les espaces caverneux et variqueux. Dans le cas décrit, la guérison a été parfaite.

L. Jumon.

Maladies vénériennes
Maladies de la Peau

Dr MOREL-LAVALLÉE

Médecin des Hôpitaux.

Traitement de la syphilis (*Soc. médicale de Nuremberg*, 7 janvier 1904). — Epstein attend l'apparition de la roséole pour instituer le traitement spécifique, à moins qu'il ne s'agisse de chancre phagédénique ou extragénital.

Beckh commence le traitement aussitôt le diagnostic du chancre syphilitique posé: il n'a jamais enregistré d'accidents à la suite de cette pratique.

Schiller attend l'apparition de la roséole, car les résultats obtenus avec le traitement précoce sont moins favorables. Neubberger confirme cette maniere de voir ; le traitement précoce n'est indiqué qu'en présence d'un chancre de la lèvre ou de chancre pénien compliqué de phimosis.

Hagen a reconnu que si l'on prescrit des frictions dès l'apparition du chancre, la roséole résiste davantage à l'action de l'hydrargyre; il préfère en conséquence n'intervenir que lorsque les accidents secondaires ont fait leur apparition.

E. Vogt.

Traitement des maladies cutanées par la lumière et les Rayons X, par Allan Jamieson (*British. med. J.*, 16 janvier 1904). — Dans une communication sur ce sujet, l'auteur fait remarquer que l'épiderme intact présente un obstacle presque imperméable aux plans sous-jacents, de sorte que nos moyens d'action sur les tissus profonds sont très incertains. Cependant les agents modernes tels que les rayons X, la lumière de Finsen, le radium et les courants de haute fréquence ont le pouvoir d'influencer les plans profonds. Pour la radiothérapie, l'auteur n'a eu de résultats satisfaisants que lorsqu'il s'est servi de l'interrupteur à mercure. Mais en se servant de cet interrupteur, d'un voltage et d'un ampérage modérés et d'ampoules molles, il a obtenu d'excellents résultats.

Il est essentiel de protéger les tissus qui ne doivent pas être exposés par des plaques de plomb. La distance à l'ampoule a varié en général de 4 à 6 pouces, la durée de l'exportation a été de cinq minutes et la fréquence des séances de quatre par semaine. Les brûlures graves ont été très rares et se sont montrées surtout dans le lupus, moins souvent dans le lupus et le favus, jamais dans l'ulcus rodens ou le mycosis fongoïde. Le temps a paru exercer une certaine influence, en ce que les réactions ont été plus fréquentes par les jours froids. L'auteur a traité en 18 mois, 133 cas de lupus vulgaire. Tous ceux qui ont persisté dans le traitement ont été améliorés et beaucoup ont été guéris. Dans beaucoup de cas, les effets des rayons ont été d'arrêter les progrès de l'affection sur les bords, bien que les nodosités isolées persistassent au centre. Les croûtes de l'intérieur du nez, si fréquentes dans le lupus, ont souvent complètement cessé sous l'action des rayons.

Dans un cas, un abcès tuberculeux s'est développé devant le traitement, mais celui-ci ne paraît nullement en avoir été la cause. Les lampes de Marshall et de Woods ont été exclusivement employées dans quelques cas et souvent comme adjuvant des rayons X afin de faire disparaître les nodules persistants. Dans l'ulcus rodens, les rayons X se sont montrés très efficaces, mais ils n'empêchent pas entièrement les récidives. L'auteur recommande l'emploi simultané du grattage et de la cautérisation avec l'acide chromique. Vingt-et-un cas ont été traités pendant le même temps. Trente cas de favus ont été traités par des rayons X. Lorsque le traitement a été assez long pour faire tomber les cheveux, les malades ont été guéris. Douze cas de sycosis ont été traités. La maladie a guéri après la chute des poils, mais elle a récidivé avec plus ou moins d'intensité lorsque les poils ont repoussé, les rayons n'ont donc pas d'action parasiticide. Dans le mycosis fongoïde, les rayons constituent le seul moyen de traitement. Un cas traité pendant un an n'a pas récidivé dans les parties exposées ; un autre cas dans le stade érythrodermique se trouve en bonne voie.

L. Jumon.

Maladies des Voies urinaires

Dr CHEVALIER,

Chirurgien des hôpitaux,

Ancien Chef de clinique de la Faculté.

Traitement de la blennorrhagie aiguë et chronique de l'homme (*Therap. Monatshefte*, février 1904. — Bering, assistant du Pr v. Düring de Kiel, après avoir essayé à la Policlinique de Kiel la nombreuse série de médicaments prônés dans le traitement de la blennorrhagie aiguë, estime que la méthode de Düring (repos au lit et régime approprié), quand elle est applicable, donne des résultats bien supérieurs.

Quand le repos au lit ne peut être accepté par le malade, on se borne à donner du Santal pendant la période aiguë du début. Plus tard, on procède aux lavages au permanganate à 1 : 4000 à la policlinique, et le malade fait à domicile des injections de protargol ou de nitrate d'argent à 1 : 1000 ou 1 : 500. Au bout de 15 jours, on prescrit des injections de résorcine à 1 : 3 0/0.

En cas de cystite, les tablettes d'helmitol à 0,5 grammes (6 par jour), donnent d'excellents résultats; on fera en même temps des lavages au permanganate. Au sujet de ces dernières, il n'y a pas lieu de prescrire d'accrocher le bock à des hauteurs invariables, car la résistance du sphincter varie beaucoup d'un malade à l'autre.

En cas de rétrécissement, l'auteur pratique le cathétérisme progressif jusqu'au n° 30 Charrière, au besoin avec incision du méat. En cas de prostatite, on fera deux massages par semaine, et une instillation au nitrate d'argent (1 : 200 — 1 : 100).

E. Vogt.

Un nouveau procédé pour les instillations aux prostatiques, par Melun (*Presse Médicale*, 20 janv. 1904). — On sait que l'introduction d'une sonde à instillations est souvent, chez le prostatique, entourée de difficultés. L'auteur, après avoir fait le lavage vésical qui précède l'instillation, laisse en place la sonde Nélaton qui a servi à ce lavage, et introduit la sonde instillatrice armée de sa seringue contenant la solution de nitrate d'argent dans le canal de la sonde Nélaton.

On est prévenu que la boule de la sonde instillatrice est parvenue dans la vessie par une légère secousse que l'on sent quand la boule passe par l'orifice de la sonde Nélaton qui se trouve dans la vessie.

Le n° 8 ou 10 (s. instillatrice) passera dans le n° 14 ou 16 Nélaton.

On veillera à ce que la sonde instillatrice soit de 2 à 3 cm. plus longue que la sonde Nélaton ou à béquille.

Grâce à ce tour de main, la manœuvre est simplifiée, rendue beaucoup plus aisée, et les douleurs sont bien moins marquées, sans doute parce que la solution argyrique n'arrive pas en contact avec le sphincter urétral très sensible.

E. Vogt.

Complication et séquelles de la prostatectomie, par James Moore (*Medical Record*, 23 janvier 1904). — La prostratectomie est une opération très grave pour y recourir comme traitement habituel de l'hypertrophie de la prostate ; on ne doit l'appliquer que dans des cas soigneusement choisis. La cause la plus fréquente de la mort après l'opération est l'urémie, conséquemment l'examen préliminaire des reins offre la plus grande importance. Le danger le plus grand qui se présente ensuite est l'infection septique, dans ces cas la vessie a toujours été infectée. L'indication la plus positive de l'opération a été souvent une cystite compliquant la maladie, et on a le plus souvent employé des mesures palliatives très variées pour combattre cette complication. Le seul traitement qui donne ici satisfaction a été le drainage. Les calculs sont une complication fréquente de l'hypertrophie de la prostate, on doit les rechercher et y penser même pendant l'opération.

L'incision pour la prostatectomie peut causer des complications variées lorsqu'elle est trop étendue. Les hémorrhagies peuvent survenir, mais leurs dangers ont été certainement exagérés. Une objection sérieuse faite à l'opération sus-pubienne est qu'on est obligé d'intéresser largement la vessie, tandis que le problème le plus difficile à résoudre dans l'opération périnéale est d'éviter de blesser le rectum.

Parmi les séquelles de la prostatectomie, l'auteur mentionne l'impuissance et l'incontinence d'urine. Il arrive quelquefois aussi qu'une communication est établie entre le rectum et l'urètre. L'épididymite est une séquelle très commune de la prostatectomie, parfois même assez incommode ponr nécessiter l'ablation de l'épididyme. Cependant après avoir insisté sur les complications de cette opération, l'auteur ne voudrait pas être taxée de pessimisme; la prostatectomie comporte des dangers comme toutes opérations importantes, mais malgré cela, elle constitue une des heureuses acquisitions de la chirurgie moderne.

L. Jumon.

Les injections épidurales et leur emploi dans les affections des voies urinaires (*Therap. Monatshefte*, février 1904). — Strauss a pratiqué environ 200 injections sans aucun accident : un certain nombre d'injections fut fait pour des maladies des voies urinaires.

1° *Incontinence nocturne et diurne*. Résultats peu probants : une guérison sur 8 cas, 4 améliorations, dont une passagère. Nombre d'injections dans chaque cas, de 1 à 9 ;

2° *Pollutions*. Dans 7 cas traités, résultats excellents. Nombre des injections : 1 à 6 ;

3° *Spermatorrhée*. 3 cas avec 2 guérisons, concernant des cas récents. Nombre des injections : 2 à 10.

4° *Prostatorrhée*. Un cas guéri en 3 injections ;

5° *Impuissance*. 2 guérisons, 1 amélioration (3 à 6 injections) ;

6° *Polyurie névropathique*. Une guérison, une amélioration ;

7° *Neurasthénie sexuelle*. Une amélioration, un insuccès.

L'auteur se borne à injecter la solution chlorurée sodique physiologique : il a reconnu que l'addition de morphine ou de cocaïne ne rend aucun service.

En résumé, c'est là une méthode inoffensive, d'application facile, non douloureuse, souvent efficace. Les résultats ont dans nombre de cas été obtenus sur des sujets restés jusque-là réfractaires à toutes les interventions.

E. Vogt.

Traitement des néphrites (*Pester med.-chir. Presse*, 24 janv. 1904). — Kœvesi et Roth-Schulz estiment qu'en cas d'insuffisance d'élimination, telle qu'elle existe toujours dans les néphrites, l'apport d'albuminoïdes et de chlorure de sodium doit être diminué dans de larges propor-

tions; l'apport des liquides doit être de même étroitement surveillé. Le régime lacté, les cures d'eaux minérales sont donc, pour les auteurs, contre-indiqués.

On traitera en conséquence ces malades par l'excitation d'autres émonctoires (sudation, purgatifs). Les diurétiques sont inefficaces dans les cas avancés, parce que les reins ne réagissent plus.

E. Vogt.

Traitement de la sclérose rénale (*Bl. f. Klin. Hydrotherapie*, décembre 1903). — Edel, sur 8 malades atteints de néphrite interstitielle à des degrés divers, a pu faire les constatations suivantes :

Les *bains chauds*, surtout ceux contenant de l'acide carbonique, abaissent la pression sanguine. Pour éviter l'hypertension consécutive (réaction), on prescrira aux patients de se promener après le bain.

Le *repos au lit* agit dans le même sens, à un moindre degré.

Le *nitrite d'amyle* abaisse la pression et le taux de l'albumine, mais on ne saurait utiliser ce médicament avec profit, car les doses permises sont trop faibles.

L'*ascension de montagnes*, pratiquée avec méthode et prudence, abaisse la pression sanguine et diminue notablement le taux de l'albumine.

Il ressort de ces constatations que la néphrite interstitielle est due, pour l'auteur, à une anomalie du système vasculaire, caractérisée par un rétrécissement anormal des vaisseaux, qui est cause d'une nutrition insuffisante du rein.

Le traitement rationnel de la néphrite interstitielle, doit en conséquence chercher, par les moyens ci-dessous énumérés, à obtenir une dilitation vasculaire avec abaissement de la pression sanguine.

E. Vogt.

Gynécologie et Obstétrique.

Dr R. Blondel.
Chef de laboratoire
à la Maternité de la Charité.

Des dangers de la temporisation dans l'ovariotomie, par M. T. Carwardine (*The Bristol Médico-chir. journal*, décembre 1903). — Lorsqu'une femme porte un kyste de l'ovaire, il faut considérer, sans aucune restriction possible, qu'elle doit, ou mourir ou se soumettre à une intervention qui l'en délivre. Voici les principales raisons que l'auteur en donne, avec observations à l'appui, pour montrer les dangers inhérents à la temporisation. Que la malade hésite, cela n'est que naturel, quoique inopportun. Mais un médecin, son diagnostic bien établi, serait inexcusable de ne pas donner l'avis formel d'une intervention sans délai ;

Le volume de la tumeur tient sous sa dépendance des troubles variés *de compression*, œdème des membres inférieurs, dilatation des urètres, hyponéphorse, obstruction chronique de l'intestin. La *difficulté de l'opération* augmente. Le *shock* est plus grave.

L'*inflammation*, fréquente, même en dehors de la torsion du pédicule, dans les grands kystes. Des poussées de *péritonite* obligent les malades à prendre le lit. Des adhérences en sont la conséquence. La *suppuration* est une complication sérieuse, qui met les jours en danger. L'*infection fécale* est un accident auquel sont exposées toutes les collections liquides voisines de l'intestin. L'auteur cite un cas de mort, malgré le drainage de la collection.

La *mobilité* est un facteur d'où résulte l'accident de *torsion*, de *sphacèle*, de *transplantation*, vers le foie ou tout autre point de l'abdomen.

L'*obstruction intestinale* survient par *pression directe*, par *adhérences*, par *torsion du pédicule*, intéressant plus ou moins l'intestin

Par *modifications* dans la paroi du kyste, on observe la rupture, la transformation maligne, la calcification.

Adhérences avec l'appendice ; adhérences causant très fréquemment l'obstruction de l'intestin, intéressant des organes divers.

Tumeurs de l'ovaire compliquant la grossesse. Il est reconnu aujourd'hui que la grossesse n'est pas un obstacle à leur ablation. Trois succès ont été par obtenus par l'auteur, qui n'a vu l'avortement suivre que dans l'un des cas. Les dangers s'étendent sur les trois périodes de la grossesse. Pendant l'*état gravide*, il y a tendance à la torsion et l'étranglement, ce qui met en péril aussi bien les jours de l'enfant que ceux de la mère. Pendant le *travail*, risques de rétention de la délivrance, dangers de rupture, et pendant l'*état puerpéral*, le danger de septicémie est manifestement augmenté, de même que l'involution utérine peut-être entravée par les adhérences. Conclusion : dans la majorité des circonstances, tout kyste de l'ovaire doit être extirpé aussitôt le diagnostic établi ; tout délai est dangereux.

A. Benoit.

Chirurgie conservatrice dans les lésions annexielles, par le Dr M.-G. Fargas (*Revista Ciencias Médicas*, août 1903). — L'auteur termine son travail par les conclusions suivantes :

1° La conservation de l'ovaire, même partielle, exerce des effets très favorables sur l'organisme, car on conserve ainsi la sécrétion interne, l'ovulation et la menstruation si l'utérus existe.

2° La conservation de la trompe plus ou moins modifiée, à condition que l'ovaire existe, permet la fécondation ultérieure.

3° La conservation des trompes sans ovaire ne correspond à aucune indication connue.

4° Dans les affections néoplasiques bénignes de l'ovaire on peut presque toujours conserver l'ovaire au moyen d'une résection.

5° Dans les affections trophiques des annexes on peut, dans la plupart des cas, pratiquer une opération conservatrice.

6° Dans les affections infectieuses on peut s'adresser à la chirurgie conservatrice, à condition que le caractère des lésions permette d'espérer une réintégration anatomique et fonctionnelle.

7° Les opérations conservatrices doivent être pratiquées quand les lésions infectieuses des annexes sont arrivées à leur minimum et que l'infection est épuisée.

8° On doit toujours être très prudent dans l'emploi de ces opérations, tant que l'infection conserve sa virulence.

9° Les exigences de la technique ne justifient pas une mutilation superflue.

10° La facilité et l'innocuité des différentes opérations conservatrices est aujourd'hui parfaitement démontrée.

11° Les contre-indications de la chirurgie conservatrice des annexes sont nombreuses et doivent être respectées.

12° Les effets thérapeutiques de ces opérations, quand elles sont bien indiquées, sont bons.

13° Au prix de quelques inconvénients et troubles locaux persistant parfois, la femme conserve deux fonctions importantes : la sécrétion interne de l'ovaire et la possibilité d'une fécondation.

14° La technique de l'intervention est variée et s'adapte aux circonstances spéciales de chaque cas.

15° La meilleure voie pour ces interventions est la laparotomie.

16° Les résultats opératoires démontrent la bénignité de ces interventions.

17° Les résultats fonctionnels démontrent leur utilité.

18° Les opérations conservatrices sont beaucoup plus scientifiques que les interventions radicales.

19° La gynécologie contemporaine a perfectionné la technique opératoire, et la connaissance des lésions annexielles permet de respecter davantage les fonctions génitales qu'on ne l'a fait dans les dernières années du siècle passé.

F. Bérini.

Du traitement conservateur dans les salpingites, par le Dr Francisco J. Ravira (*Thèse de Madrid*, juin 1903). — Conclusions :

1° Le traitement conservateur des salpingites est non seulement susceptible de les soulager, mais encore de les guérir.

2° Dans la période aiguë on pratiquera en premier lieu l'expectation armée, c'est-à-dire aidée de moyens indirects ; et dans certains cas urgents la chirurgie conservatrice est indiquée.

3° La période aiguë passée, la principale indication est de traiter l'utérus.

4° Quand, malgré ces moyens, on n'obtient pas de résultat, on trouvera les ressources nécessaires, dans la majorité des cas, dans la chirurgie conservatrice de la trompe.

5° Pour combattre les complications qui dépendent des salpingites, le traitement conservateur possède des moyens efficaces, depuis le simple massage jusqu'aux interventions directes, qui constituent la chirurgie conservatrice.

6° Dans les salpingites catarrhales, purulentes et même kystiques, elle constitue le traitement d'élection.

7° C'est l'unique traitement permettant de conserver la fécondité de la malade et d'éviter les phénomènes consécutifs à la castration.

8° Les contre-indications se trouvent dans les cas de salpingites tuberculeuse, syphilitique et actino-mycosique, comme aussi dans les cas de lésions incurables de l'ovaire, ainsi que dans les salpingites très volumineuses, adhérentes et confondues dans un magma inextricable d'adhérences d'ancienne date, où les annexes ont perdu leur individualité et leur situation topographique normale.

F. Berini.

Pédiâtrie

Dr E. Thiercelin
Chef de Clinique à la Faculté de Médecine.

Abus du lait dans les troubles gastro-intestinaux chroniques de l'enfant après le sevrage, par L. Billon (*Gazette des hôpitaux*, 4 février 1904). — Prescrire le lait d'une façon banale dans tous les cas de troubles gastro intestinaux chez les enfants, c'est quelquefois leur nuire et provoquer même des accidents graves.

Deux cas peuvent se présenter. On se trouve, ou bien en présence d'une poussée aiguë, ou bien au cours d'une phase torpide de l'affection.

Dans les poussées aiguës : diète hydrique pendant vingt-quatre heures, puis décoction aqueuse de plus en plus épaisse de farine d'orge, de riz, d'avoine ; le riz en cas de diarrhée, l'orge et l'avoine dans la constipation. On préparera ensuite des bouillies avec les mêmes farines, mais sans lait. Tisanes diurétiques, eaux d'Alet, d'Evian. Après ce traitement, purée de pommes de terre, panades bien cuites, purée de pois, lentilles, haricots décortiqués. A ce moment seulement, farines lactées, puis bouillon fait avec de la viande très fraîche pour préparer les bouillies.

L'entérite arrive ainsi à sa phase torpide.

Dans les périodes de calme, on évitera la surcharge alimentaire. Remettre l'enfant au sein, s'il est sevré depuis peu. Le lait d'ânesse peut donner de bons résultats. A dix mois, on permettra 250 à 300 grammes de lait bouilli ou stérilisé incorporé aux bouillies.

Le lait de vache cru est parfois bien supporté; il faut en connaître la provenance. Pas de lait pur aux repas. Se servir de Képhir qui, gras ou maigre, est facile à digérer, et grâce à ses trois numéros, peut être laxatif, indifférent ou constipant.

Bien régler les repas, quatre par vingt-quatre heures. Comby, par exemple, donne le type suivant : Premier repas à sept ou huit heures du matin : œufs à la coque, panade, tasse de lait. Deuxième repas à midi : purée de légumes, marmelade de pommes, tasse de lait. Troisième repas à trois ou quatre heures : bouillie, potage ou œuf, tasse de lait. Quatrième repas à sept heures : purée de fruits cuits, tasse de lait; qu'on peut remplacer par de l'eau d'Evian ou du Képhir.

Hygiène générale : frictions sèches ou aromatiques, bains salés, grand air, bord de mer.

L'auteur insiste sur l'action favorable de certains aliments.

Les hydrates de carbone sont supérieurs au lait au point de vue de la digestibilité et des fermentations.

Les farines diminuent le travail de digestion gastrique, augmentent la sécrétion muqueuse, qui possède une action antiseptique. Elles constituent un milieu défavorable pour les bactéries protéolytiques; elles exercent une action antiputride. Les farines jointes au lait fractionnent le coagulum massif dû au lait de vache et rendent ce dernier plus digestif. Cependant, les féculents ne sont pas une panacée; ils peuvent avoir leur danger, et on doit donner des aliments frais dès qu'on le peut.

Les laits crus sont parfois très utiles en raison des diastases qu'ils contiennent et que l'ébullition détruit.

Il contient des enzymes qui peuvent suppléer partiellement aux ferments digestifs.

Le Képhir est plus digestif que le lait ordinaire; il est antiseptique, grâce à certains éléments vivants et à son acide lactique. Le Képhir maigre ne stagne que trois heures et demie dans l'estomac, le lait cru séjourne sept heures et demie.

En résumé, après le sevrage, le lait est simplement un auxiliaire de l'alimentation et un médicament. On doit l'administré avec discernement, car mal administré, dans la gastro-entérite aiguë, il peut être l'origine d'accidents graves.

L. Jumon.

Traitement de la malaria chez les enfants. par S. C. Red, (*Therapeutic Gazette*, 15 janvier 1904). — Le traitement est le même pour la première et la seconde enfance. La première indication est de donner une purgation. Dans ce but l'auteur a l'habitude de donner du calomel mélangé à du sucre de lait ou du bicarbonate de soude. Le calomel agit à la fois comme laxatif, diurétique et antiseptique. Puis il donne aux enfants le sulfate de cinchonidine parce que ce sel produit moins de troubles sur le système nerveux, détermine moins de bourdonnements et de tachycardie. Dans le malaria, l'estomac est parfois très sensible et prompt à rejeter les ingesta. Aussi le mode d'administration a-t-il une certaine importance. Souvent on aura recours aux sirops; ces capsules sont impraticables dans beaucoup de cas. Parfois on sera obligé d'avoir recours aux frictions avec une pommade constituée par du sulfate de cinchonidine et de la lanoline, pommade qui a donné de bons résultats à l'auteur. Comme traitement adjuvant, l'auteur recommande les bains froids et une alimentation tonique. Comme tonique dans la convalescence, l'auteur prescrit souvent un élixir de quinquina.

L. Jumon.

L'opothérapie thyroïdienne en pédiatrie. par F. Mazzeo (*Gazetta Internazionale di Medicina*, n° 4, 1903). — L'auteur a traité par l'opothérapie thyroïdienne trois malades : dans le premier cas il s'agissait d'un enfant de 22 mois myxœdémateux, traité sans résultat positif, car on dut interrompre le traitement après quelque temps. Le deuxième malade, un basédowien, prit de la thyroïdine pendant quatre mois

avec des périodes de repos : on obtint une amélioration de l'état général, une diminu- légère de l'exophtalmie et une amélioration évidente de la tachycardie. Dans le troisième cas enfin on avait à faire à un malade, atteint d'infantilisme avec hypothyroïdisme marqué, qui s'améliora rapidement sous l'influence du traitement thyroïdien : on constata un relèvement de l'état général, avec amélioration du développement physique et psychique.

A. L. PERCIVAL.

Pharmacologie

Dr E. VOGT.

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

Extraits d'organes animaux et extraits d'organes végétaux, par CARLES (*Rép. de Pharmacie*, 10 février 1904). — Il ressort du travail de l'auteur, trop technique pour être analysé au complet, que si l'on compare entre eux les sucs végétaux et les sucs animaux, on constate qu'il y a entre eux de nombreux rapports, mais que ces substances ont une assez grande stabilité dans les organes végétaux, tandis que, dans les organes animaux, elles sont fort altérables, et que les produits de leur altération peuvent avoir une influence grave sur la santé.

Les uns et les autres sont justiciables des mêmes moyens généraux de préparation.

Quand on a appliqué ces principes à la préparation des organes des animaux, il semble qu'on ait assez bien fixé leur vertu pharmacodynamique. Les médicaments thyroïdiens, qui sont ceux dont la préparation est la plus simple et la plus conforme à ces principes, ont conservé partout des propriétés assez uniformes et gardé la confiance qu'ils ont conquise dès le début, mais, pour les autres surtout, il ne paraît pas y avoir d'entente sur les détails opératoires entre les inventeurs des méthodes, les pharmacologistes qui les ont reproduites et les praticiens qui les exécutent.

Les uns croient, comme l'auteur, qu'il ne faut pas chauffer ces sucs, et surtout ne les jamais porter au-dessus de la température de l'animal ; d'autres parlent, comme limite, de la température de 45 degrés. Cette limite est assez basse, sans doute, lorsqu'il s'agit des albumines bien connues ; mais rien n'affirme qu'elle ne serait pas trop haute pour la totalité de leurs isomères et autres colloïdes qui leur sont unis.

L'intervention ordinaire, dans la préparation des extraits animaux, de l'acide carbonique sous pression, uni ou non à cette température de 45 degrés, suggère d'autres réflexions ; certains auteurs considèrent ce gaz comme bactéricide ou comme une manière d'antiseptique, tandis que d'autres sont d'un avis opposé.

Il est en outre incontestable que le gaz carbonique sous pression décompose progressivement le blanc d'œuf.

En présence de tous ces faits, il faut se souvenir qu'entre la composition chimique du blanc d'œuf et celle des sucs d'organes des animaux, il y a de grandes ressemblances chimiques. Dans ces sucs, existent également des albuminates, des sels alcalins et des sels terreux à acides faibles, que l'acide carbonique sous pression décompose toujours plus ou moins. Voilà qui peut expliquer l'action nuisible de cet acide sur les sucs opothérapiques. Si l'on a besoin d'un gaz compresseur pour la préparation des sucs animaux, il faut nécessairement remplacer le gaz carbonique par un gaz neutre et moins soluble, tel que l'azote ou l'hydrogène.

Mais il y encore une troisième cause d'erreur. Lorsqu'on emploie la bougie d'alumine pour arrêter les microbes qui envahissent vite les sucs animaux, il est certain qu'on arrête, en même temps qu'eux, des colloïdes et notamment des albuminoides en pseudo-solution. Or, qui pourrait affirmer que ce ne sont pas les plus actifs.

En résumé, on n'est pas actuellement d'accord sur une formule qui donne les extraits d'organes animaux, aussi bien que les extraits d'organes végétaux, avec toute la puissance pharmacodynamique dont la nature les a doués dans leur état virginal et, pour les extraits opothérapiques, on ne voit pas encore clair dans leur degré de résistance aux agents latents de décomposition. Ce sont là sans doute, pour l'auteur, les causes principales de l'infidélité des uns et de l'irrégularité d'action des autres.

E. VOGT.

Comment il faut administrer l'antipyrine (*La Presse médicale*, 6 février 1904). — MARTINET considère comme fort défectueux l'emploi du cachet pour l'administration de l'antipyrine. Ce médicament est loin d'être insoluble dans l'eau, son goût amer est très fugitif : en outre, l'action irritative de la drogue en nature ou en solution concentrée, produit souvent une douleur stomacale vive, ou encore des nausées et des vomissements. Donc, on prescrira l'antipyrine en solution ou en potion, une demi-heure avant le repas ou une heure et demie au moins après.

Les injections hypodermiques d'antipyrine sont très douloureuses et très dangereuses : elles ne provoquent que trop souvent des placards de sphacèle plus ou moins étendues.

Les solutions de 2 à 5 pour 10 de véhicule rendront de grands services, en applications externes, comme hémostatiques.

E. Vogt.

Sur l'emploi thérapeutique de la paragangline de Vassale (*Rivista sperimentale di Freniatria*, Vol. XXIX. fasc. I). — G. Guicciardi a traité par la *paragangline* à doses fractionnées (50-60 gouttes par jour, de 5-10 gouttes par dose) vingt-cinq malades, dont un certain nombre présentait seulement une symptomatologie gastrique (gastralgie, difficulté dans la digestion, atonie gastrique, catarrhe de l'estomac, etc.); d'autres, au contraire, étaient atteints de névropathies (lipémanie, lipémanie anxieuse, démence, neurasthénie, manie pellagreuse, etc...), avec troubles gastro-intestinaux. Il a même traité quelques épileptiques, qui se ne plaignaient pas de troubles gastriques, et enfin quelques scrofuleux avec adénopathies. Il tire les conclusions suivantes des résultats obtenus : L'action excitante qu'exerce la paragangline sur la tunique musculaire de l'estomac et de l'intestin est évidente, rapide, efficace; elle représente vraiment la propriété thérapeutique principale du médicament.

La paragangline a favorablement influencé, dans la plupart des cas, l'asthénie générale. Les malades traités ont légèrement diminué de poids, mais on a observé simultanément une notable augmentation de l'énergie organique et du bien-être général.

La suractivité notable des échanges organiques se manifestant sous l'influence de la paragangline explique les bons effets observés dans l'épilepsie sénile, étroitement liée à des lésions d'artériosclérose, et la résolution, soit par résorption, soit par suppuration, d'anciennes adénites scrofuleuses par une action indirecte sur les produits toxiques accumulés dans l'organisme.

Les psychoses et les névroses simples sont rapidement et favorablement influencées par la paragangline si elles sont en rapport avec une atonie générale, ou mieux encore avec une atonie gastro-intestinale. L'auteur n'admet pourtant pas encore définitivement une action directe, vraiment efficace, dans les manies pellagreuses, dans la paralysie progressive, dans l'épilepsie : il croit que son action dépend des modifications sublies par des troubles gastro-intestinaux.

Dans quelques cas rares, on observe des phénomènes d'intolérance (troubles gastro-intestinaux ou cardio-vasculaires), toujours très légers et fugaces. Il suffit de suspendre le remède pendant quelques jours ou d'en diminuer la dose journalière pour les voir disparaître complètement.

A.-L. Percival.

Valeur thérapeutique du suc de raisin conservé (*Sovrem Terapia*, n° 10, 1903). — La cure de raisin a depuis une dizaine d'années acquis une grande réputation en Russie dans les maladies internes et particulièrement dans les trois catégories pathologiques suivantes :

a) Dans les catarrhes chroniques des bronches où elle agit comme un expectorant;

b) Dans les affections chroniques des reins, du foie et du cœur avec œdème, ce dernier disparaissait rapidement, le raisin étant un excellent diurétique;

c) Dans la dyspepsie chronique, dans les catarrhes de l'estomac et des intestins (surtout dans les cas où il y a de la constipation et de la stase hépatique) le raisin agissant dans ces cas comme un léger laxatif;

d) Dans la goutte, l'anémie dans la neurasthénie provoqués par le surmenage et une diminution de la nutrition, le raisin agissant dans ces cas comme un tonique et un nutritif. Or, il est évident que ce qui agit, c'est bien le suc de raisin, et étant donné les différents inconvénients auxquels donne lieu la cure ordinaire (desquamation, irritation, et parfois même de petites ulcérations de la cavité buccale, et particulièrement sur l'extrémité de la langue), on a pensé à remplacer la cure de raisin telle qu'elle se pratique ordinairement par l'administration du suc stérilisé et conservé.

Le suc de raisin bien préparé et stérilisé doit être complètement transparent et doit conserserver presque complètement la saveur et le parfum de la grappe. Il faut dire cependant que dans les flacons contenant du suc de raisin, il se produit à la longue un précipité qui n'a rien d'anormal.

Au goût, le suc préparé est plus sucré que la grappe. Quant au mode d'administration, il est à peu près le même que pour les eaux minérales : mêmes règles, même diète, même régime. On a constaté que l'action la plus énergique est exercée par le suc pris le matin à jeun. On l'administre donc généralement une demi-heure avant le petit déjeuner et le déjeuner. Ce n'est que les sujets particulièrement susceptibles et ayant facilement des renvois qu'on est obligé de renoncer à l'administration

du suc à jeun. La dose habituelle est de un quart de verre à un verre entier, deux ou trois fois par jour. Pour activer l'action du suc et la rendre plus intime, on le chauffe légèrement (en mettant le récipient dans un peu d'eau chaude).

Si les malades sont incommodés par la saveur fade du suc, on remédie facilement à cet inconvénient en ajoutant au suc quelques gouttes de citron, mais il ne faut jamais y ajouter d'eau minérale comme le conseillent certains. Le flacon débouché doit être conservé couché dans un endroit froid ; à la température de la chambre, au bout de trois jours, le suc est abîmé.

Ivanoff a employé le suc conservé de raisin (particulièrement pendant l'hiver), dans un grand nombre d'affections diverses: bronchite chronique, affections chroniques des reins et du foie, dans la fièvre typhoïde et l'influenza grave, comme tonique, et il a toujours obtenu de bons résultats. Dans deux cas d'affection cardiaque et dans un cas d'anévrysme compliqué de stase rénale. et d'un fort œdème des jambes et d'ascite, le suc a exercé une action diurétique puissante.

J. Roublefff.

Le Thorium, substance radio-active, possibilité de son emploi en thérapeutique par Samuel Tracy, *Medical Record*, 23 janvier 1904). — Le thorium est un métal rare qui a été découvert par Berzélius en 1828. Dans ces dernières années il a surtout servi à faire des manchons incandescents. Schmidt a découvert ses propriétés radio-actives qui peuvent être démontrées soit par l'induction électique soit par la plaque photographique. L'oxyde de thorium donne les rayons de Becquerel les plus pénétrants. Ces rayons sont semblables à ceux que produisent le radium, le potassium, l'actinium et l'uranium. Ils sont doués de propriétés antiseptiques ou antifermentatives ; le moût de raisin exposé à une substance radio-active ne fermente pas pendant un mois, même dans une chambre chaude et exposé à l'air.

Ce sont des propriétés antifermentatives que l'auteur a proposé d'utiliser en médecine, sous forme d'inhalation, soit en faisant une solution de nitrate de thorium, soit en chauffant l'oxyde dans un récipient placé sur un bain de sable. Puis l'application externe, on prépare une pâte contenant 25 0/0 de thorium qu'on emploie dans les maladies chroniques de la peau, surtout dans celles qui sont d'origine parasitaires.

Loddy, de Londres et Rutherford, de Montréal ont proposé l'emploi d'inhalations du thorium dans la tuberculose.

Les propriétés radio-actives du thorium sont de plusieurs mille fois moins marquées que celles du radium pur, mais le thorium est de plusieurs milliers de fois moins cher que le radium et on peut l'appliquer pendant une période beaucoup plus longue, manière de gagner en durée de qui lui manque en force.

Lorsqu'on emploie le thorium en inhalation, on peut démontrer que celles-ci sant bien réellement radio-actives. En effet, en faisant respirer le patient qui a pratiqué les inhalations sur une plaque photographique dans l'obscurité, l'exhalation décompose en partie les sels d'argent de la plaque. Il s'agit d'ailleurs moins peut-être de véritables inhalations que d'une radio-activité induite qui persiste de vingt-quatre à quarante-huit heures et sert à indiquer quelle doit être la fréquence des applications. Une inhalation faite tous les deux jours maintient constamment le poumon dans un état radio-actif et antiseptique.

L'auteur se contente d'indiquer comment on peut se servir du thorium dans la tuberculose, mais il ne donne pas d'observation.

L. Jumon.

Le dosage en radiothérapie (*La Presse médicale*, 3 février 1904). — Nous retiendrons, dans le travail de Béclère, nécessairement technique, les conclusions pratiques.

La radiothérapie a pour agent efficace les rayons Rœntgen eux-mêmes : les décharges électriques liées à leur production ne jouent aucun rôle. De même que pour la lumière, il y lieu, en présence d'une ampoule radiogène, de considérer deux facteurs : la qualité et la quantité de rayons X émis.

1° *Qualité*. Les rayons sont plus ou moins pénétrants : on les choisira donc suivant les lésions à traiter.

2° *Quantité*. Ce facteur est beaucoup plus important que le premier, car les réactions thérapeutiques dépendent essentiellement de la quantité de rayons absorbés.

Or, avec une série d'instruments, on peut aujourd'hui faire varier à volonté le pouvoir de pénétration des rayons de Rœntgen, et mesurer la quantité de rayons absorbée.

Il n'est donc plus permis actuellement de faire de la radiothérapie à l'aveuglette ; on évitera à coup sûr, en se servant des procédés nouveaux de contrôle, les accidents, et l'on arrivera à savoir exactement quel est le degré de réaction qui convient le mieux au traitement de chaque processus pathologique.

E. Vogt.

La mécanothérapie comme agent thérapeutique et ses rapports avec la massothérapie, par Kouindji (*Soc. de Kinésithérapie*, 15 janvier 1904). — L'auteur rappelle qu'il y a cinq ans il a défendu déjà ce point de vue que le dosage des mouvements est absolument impossible dans le traitement par les machines : ce dernier n'est bon que lorsqu'il est un accessoire. L'auteur ne range pas au nombre des *machines* les divers appareils de traction, les agrès, les engins de gymnastique, etc., car leur usage doit être contrôlé par le médecin. Dans les machines proprement dites, le mouvement seul est appelé à faire fonction d'un agent thérapeutique (appareils de Zander, à l'exception des appareils orthopédiques) : la machine est un automate absolu, tandis que le massothérapeute peut varier à son gré l'amplitude et la direction du mouvement passif, en prenant en considération la douleur et la résistance provoquées chez le patient.

Pour l'auteur, les deux contre-indications principales de l'emploi des machines seules dans le traitement des affections articulaires sont la douleur et l'atrophie ou atonie musculaire. Il est évident qu'une machine mise en mouvement par un contre-poids est incapable de régler la force nécessaire à l'obtention d'un mouvement indispensable au traitement d'une entorse donnée, par exemple. En outre, quand un membre est atteint de troubles moteurs, il y a un groupe musculaire en hypertonie, pendant que son antagoniste est en hypotonie : il a y entre ces deux extrêmes des états intermédiaires, comme la parésie, l'atonie et enfin l'atrophie. Les manœuvres massothérapiques, la force à appliquer doivent varier dans chaque cas particulier, ce que la machine ne saurait faire ; bien plus, elle risquera d'augmenter les accidents.

En résumé, la mécanothérapie doit comprendre des appareils simples, susceptibles de rendre service à la massothérapie ; de même que la gymnastique, elle doit rester subordonnée au massage scientifiquement appliqué.

E. Vogt.

FORMULAIRE DE THÉRAPEUTIQUE CLINIQUE

ECZÉMA SEBORRHÉIQUE DU CUIR CHEVELU

TRAITEMENT INTERNE

Employez le *soufre* ou l'arsenic :

a) Soufré précipité et lavé.... 0 gr. 25
Crème de tartre..... 0 gr. 10

pour un cachet. Un ou deux par jour.

b) Soufre } ãã P. E.
Miel }

une cuillerée à soupe le matin.

b) *Sulfure de calcium*. 0 gr. 01 à 0 gr. 02 en granules.

c) *Ichthyol*. 0 gr. 20 à 0 gr. 30 en capsules, solution :

d) Arséniate de soude..... 0 gr. 10
Eau distillée de laurier rose..... 50 —
Eau distillée..... 250 —

une cuillerée à soupe au milieu de chaque repas.

Prescrire le régime alimentaire applicable à la majorité des dyspeptiques (potages maigres, viandes grillées, œufs, purées de légumes, fruits cuits ; eau pure comme boisson exclusive ; interdiction de la charcuterie, des poissons de mer, des conserves, du gibier, des coquillages, des fromages fermentés, etc.

TRAITEMENT LOCAL

Chez le nouveau-né, débarrasser la tête des squames par les lavages savonneux, précédés ou non d'onction avec de l'huile, des jaunes d'œuf.

Puis humecter la tête avec :

Huile d'amandes douces 100 grammes
Baume du Pérou..... 2 —
Soufre précipité..... 8 —

(Agiter.)

(Audry.)

Chez l'adulte, *lavages savonneux chauds*, ou *lotions au bois de Panama*, ensuite *lavages avec une solution de sublimé* à 1 p. 1.000, ou une *solution alcoolique de résorcine, de chloral, de naphtol.*

Sublimé..... 0 gr. 20
Chloral hydraté..... 2 —
Résorcine..... 2 —
Alcool à 90°..... 2 —

ou :

Naphtol..... 0 gr. 25
Alcool à 90°..... 280 —

Après la lotion appliquer de l'huile salicylée :

Huile d'olives stérilisée 100 grammes
Acide salicylique..... 2 —
Teinture de benjoin... 2 —
(Balzer.)

Ou bien employer le soufre, soit en lotions, soit en pommades :

Soufre précipité.. 15 à 30 grammes
Alcool camphré.. 25 à 50 —
Glycérine neutre pure..... 5 à 10 —
Eau distillée..... 250 grammes
(Brocq.)

ou :

Soufre précipité..... 6 grammes
Beurre de cacao..... 10 —
Huile de ricin..... 50 —
Baume du Pérou..... 1 —
(Vidal.)

ou :

Soufre précipité..... 5 grammes
Lanoline..... } ãã 20 —
Vaseline..... }
Acide salicylique..... 1 —

ou :

Soufre précipité..... 3 grammes
Goudron..... 2 —
Lanoline..... } ãã 18 —
Vaseline..... }

On peut encore employer les pommades au Turbith :

Turbith minéral..... 1 gr. 50
Beurre de cacao..... 10 gr.
Huile de ricin..... 50 —
Baume du Pérou..... 1 —

ou au naphtol au 20e.

G. Lyon

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Hommage au Pr Bouchard. — Une belle et touchante cérémonie s'est déroulée, dimanche matin, dans le petit amphithéâtre de la Faculté de Paris.

Les amis et les élèves du Pr Bouchard se réunissaient autour de lui pour lui offrir, en témoignage de leur admiration et de leur affection, une très belle médaille en or gravée par le maître Chaplain.

Le président de la Républiqne s'était fait représenter par M. Poulet, et le ministre de l'Instruction publique, M. Chaumié. était venu en personne. On remarquait, en outre, un grand nombre de savants connus.

Tour à tour, M. Liard, vice-recteur de l'Académie ; Debove, doyen de la Faculté ; Gaudry, de l'Académie des sciences ; Troisier, de l'Académie de médecine, et le ministre ont fait l'éloge des beaux travaux du Pr Bouchard qui, très ému, a remercié tous les assistants des hommages qu'ils lui apportaient.

Le record à rebours des honoraires médicaux. — Ce record singulier vient d'être établi par le Conseil général du Gard, qui a alloué aux médecins du département la somme de 0 fr. 25 par vaccination.

Pour ces honoraires surprenants, le médecin traitant devra se rendre à domicile et... retourner huit jours après faire la vérification du vaccin, ce qui met la visite à 12 centimes et demi, le malheureux médecin de campagne devra abattre force kilomètres et ne ménager ni son temps ni sa peine.

Justement froissés de cette méthode originale d'encourager les médecins dans la lutte entreprise contre la variole, les médecins du Gard, constitués en Syndicat, ont refusé cette offre dérisoire.

Du reste, le corps médical des départements commence à se lasser de l'exploitation vraiment abusive à laquelle il se trouve en proie, et le fait que nous rapportons peut être considéré comme un épisode de la lutte entreprise par les Syndicats médicaux des médecins de campagne.

(*Le Journal*.)

BIBLIOGRAPHIE

Aide-mémoire de médecine opératoire, par le Pr Paul Lefert. Nouvelle édition entièrement refondue, 1 vol. in-8 de 315 pages, cartonné. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.) 3 francs.

L'accueil favorable qu'a rencontré parmi les étudiants et les praticiens la collection des *Aide-mémoire de Lefert*, imposait à l'auteur de tenir ses manuels au courant de tous les progrès de la science. Loin de se reposer sur les succès obtenus et de réimprimer sans changements ses manuels, il a tenu à les remanier chaque fois.

Le *Manuel du doctorat en médecine* du Pr Paul Lefert donne le moyen d'acquérir rapidement des notions suffisantes sur toutes les matières des examens du doctorat en médecine. L'auteur s'est attaché à passer en revue dans chaque *Aide-mémoire* tout ce qui est afférent au sujet traité, sans rien omettre, de manière que le candidat ne soit embarrassé par aucune question : à mettre en relief les points importants, de sorte que le lecteur puisse immédiatement trouver ce qu'il importe d'apprendre ou de revoir ; à rapporter les théories et les faits récemment entrés dans le domaine de la science aussi bien que ceux qui lui sont depuis longtemps acquis ; enfin à citer les noms des professeurs des diverses facultés de médecine en regard de la découverte qu'il ont faite ou de l'idée qui leur est personnelle.

La nouvelle édition de l'*Aide-mémoire de médecine opératoire* contient, outre la médecine opératoire proprement dite, la technique des opérations ds chirurgie courante, tels que la cure radicale des hernies, le curettage de l'utérus, la résection de l'appendice iléo-cæcal, etc. : c'est un véritable memento de chirurgie opératoire pratique que le praticien consultera avec autant de profit que l'étudiant.

Le nouvel *Aide-mémoire* a été mis au courant des progrès les plus récents de la science et des travaux de MM. Le Dentu, Guyon, Tillaux, Pozzi, Reclus, Poirier, etc.

Les rayons de Rontgen et le diagnostic des maladies internes, par le Dr A. Béclère, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, 1 vol. in-16 de 96 pages, avec figures, cartonné (*Actualités médicales*) : 1 fr. 50. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 49, rue Hautefeuille, à Paris.

L'emploi des rayons de Rontgen, qui rendait au chirurgien de si grands services, est devenu tout aussi précieux pour le médecin.

Cependant ce nouveau mode d'examen physique des organes est loin d'occuper dans la pratique médicale la place qui lui est due. Le nombre des médecins outillés pour y soumettre leurs malades est encore très restreint, et, parmi les médecins pourvus des instruments nécessaires, la plupart, insuffisamment renseignés sur l'étendue et les limites de ses applications, ne l'appellent pas à leur aide quand il pourrait leur être utile.

M. Béclère, le médecin des hôpitaux de Paris le plus compétent en radiologie, a essayé, dans cette nouvelle *Actualité mépicale*, de montrer l'exploration radiologique des viscères accessible aujourd'hui à tous les praticiens, aussi bien à la campagne et dans les villes, d'énumérer les principales conditions de son emploi et de donner un abrégé des services qu'elle peut rendre.

Aux diverses cavités splanchniques, aux cavités crânienne, rachidienne, thoracique et abdominale, correspondent, en radiologie viscérale, autant de divisions d'une importance très inégale et qui ne relèvent pas de la même technique.

En fait, l'exploration de la cavité thoracique a beaucoup plus d'importance que celle des trois autres. C'est elle, qui, dans cet exposé, occupe la première et la plus grande place.

Nlle Imprimerie. H. Lasnier directeur. 35 37 rue St-Lazare. Paris *Le Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL

TRAVAUX ORIGINAUX

LES VARICES ET LEUR TRAITEMENT

Critique des procédés. — Résultats. — Indications

Par le Dr Paul Delbet,
Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Médecine.

(*Suite et fin.*)

Il est d'usage de dire qu'en chirurgie la multiplicité des procédés cache sous les apparences d'une fausse richesse, une réelle pauvreté. On se tromperait lourdement en appliquant cet aphorisme au traitement des varices. Ici la multiplicité des procédés a son origine naturelle dans la complexité du mécanisme, la variété et le nombre des accidents.

La multiplicité des accidents rend singulièrement difficile l'appréciation des divers procédés de traitement. Nous sommes de plus fort mal renseignés sur les résultats obtenus. J'ai feuilleté les revues bibliographiques : les publications récentes sont rares. et parmi celles-ci un petit nombre seulement se trouve à la bibliothèque de l'école. Avec ces documents et les résultats de mon expérience personnelle, je suis arrivé cependant à me faire une idée assez nette de la valeur relative des divers procédés et à poser leurs indications. L'avenir seul nous donnera des résultats définitifs; quand les médecins, ayant compris la nécessité du traitement opératoire, feront opérer des malades en nombre suffisant et à une époque suffisamment rapprochée du début.

Les méthodes s'adressant aux accidents nerveux étant des méthodes d'exception, j'étudierai d'abord les méthodes agissant sur les voies circulatoires.

1° Ligature et excision considérées dans leur rapport avec les troubles généraux des varices.

L'opération la plus simple est l'*excision des paquets variqueux :* C'est là une intervention si aisée et si peu importante qu'on ne se donne pas la peine d'en publier les cas. Je n'ai trouvé sur ce point que deux documents : la thèse de Gœdecke (1) et le travail de Guibal (2). Gœdecke a pratiqué vingt fois l'extirpation de varices locales avec 11 succès et 9 échecs. Sous le nom d'échec il faut entendre la persistance des accidents fonctionnels : pesanteur, lourdeur, crampe, névralgie, altération cutanée. Ces résultats sont désastreux. Les résultats apportés par Guibal sont meilleurs en apparence; mais on voit noté dans plusieurs observations qu'à la suite de l'extirpation le malade dut continuer à porter des bas. D'ailleurs, dans la plupart des cas, il s'agit de dilatation locale enflammée ou de dilatation sacculaire sans varice. En rapprochant les résultats de Gœdecke et de Guibal de ceux que j'ai obtenus personnellement, je suis en mesure d'affirmer que l'extirpation locale appliquée à la cure des varices est une mauvaise

(1) Gœdecke. *Th. de Gœttingue*, 1902.
(2) Guibal. *Revue de Chirurgie*, Paris, 1903.

opération : sans danger mais inutile, elle ne fait disparaître aucun des symptômes fonctionnels des varices.

L'extirpation de paquets variqueux non enflammés ne reconnaît que deux indications : douleur locale dans le paquet variqueux, altération locale de la forme du membre chez la femme : elle n'a alors qu'une indication esthétique.

La ligature simple suivant le type de Trendelenburg portant sur le tronc de la saphène à quatre travers de doigt au-dessus du condyle interne est l'opération la plus ancienne et la plus communément pratiquée.

Elle n'est pas sans danger. Franz (1) a observé chez un malade de Kœnigsberg, après la ligature une thrombose de la saphène et consécutivement une embolie pulmonaire avec exsudat pleurétique : le malade guérit. Une malade de Schneider, très corpulente et âgée de 64 ans a succombé subitement au dixième jour d'une ligature se cicatrisant normalement : à l'autopsie on trouva une embolie des deux artères pulmonaires et on détermina le point de départ du caillot dans la saphène. Perthes et Studsgaard ont noté chacun une embolie pulmonaire. Moi-même j'ai eu une mort (2), il est vrai de dire que le malade opéré dans le service du Pr Le Dentu, dut par suite de la négligence de l'infirmier se lever le dixième jour et c'est à ce moment que se produisit l'embolie. On a conseillé pour éviter ces embolies de faire la ligature très haut pour que le sang débouchant d'une collatérale ne vienne pas battre la tête du caillot développé dans la saphène et l'entraîner. J'ai d'abord accepté ce conseil ; mais aujourd'hui je doute de l'importance et de l'efficacité de cette manœuvre.

La thrombose consécutive à la ligature ne peut pas toujours être évitée, car on opère sur une veine altérée, mais il n'est pas certain que la thrombose ne se fût pas produite, en dehors de l'intervention, précisément à cause de cette altération : ce sont donc les varices autant que les interventions qui sont responsables des embolies : On peut en limiter la fréquence en opérant d'une manière rigoureusement aseptique, en ne laissant pas lever le malade avant le 20e jour, en maintenant le membre élevé et en le comprimant doucement, avec un bandage roulé et de l'ouate, depuis le pied jusqu'à la racine du membre. Aussi bien, ces accidents remontent presque tous à une période où l'antisepsie était mal faite et sont exceptionnels, puisqu'on ne signale que 5 accidents sur un nombre considérable de ligatures pour varices (3).

(1) Franz. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1898. Vol. 47. Cahier 4.
(2) Voyez Chipault. *Travaux de neurologie chirurgicale*, 1903.
(3) Statistique d'opération de Trendelenburg :
Tobold. *Thèse de Bonn*, 1889, 9 observations.
Hippmann. *Thèse de Greifswald*, 1894, 13 observations.
Charrade. *Thèse de Paris*, 1892, 13 observations.
Estienny. *Thèse de Toulouse*, 1893, 8 observations.
Cordebat. *Thèse de Paris*, 1893, 15 observations.
Prawdoluboff. *Bolnitschnaja Gazeta-Boskina*, 1892, 12 observations.
Perthes. *Deutsche Medicinische Wochenschrift*, 1895, 87 observations.
Faisst. *Beitrage zür Klinische Chirurgie*, 1895-14, 153 observations.
Studsgaard. *Hopitalstidende*, n° 32, 1895. Copenhague, 8 observations.
Schelkly. *Webenschappelyte Bladen*, 1895, n° 3, 10 observations.
Buhl. *Thèse de Berlin*, 1896, 10 observations.
Tolle cité par Gœdeke, 32 observations.
Zeller. *Wurzbourg médic. Correspondanzblatt*, 1898, 60 observations.
Gœdecke. *Thèse de Gottingue*, 1902, 44 observations.
Bœcker. *Münchner médic. Wochenschrift*, 1903, 885, 38 observations.
Kennedy. *Glasgow medical Journal*, 1903, 59, 14 observations.

L'opération type de Trendelenburg manque souvent son but : suppression de la colonne sanguine et du reflux du sang dans la veine. Perthes a noté plusieurs fois après l'opération le développement de veines collatérales ou accessoires rétablissant une large communication entre les deux segments de la saphène. La ligature ne suffit donc pas. L'excision de la veine au-dessus du condyle interne, au lieu d'élection suivant Trendelenburg, n'assure même pas le succès. Il existe en effet, à la face interne de la cuisse, un large réseau veineux. Les branches de ce réseau, à la suite de l'excision limitée du tronc principal se dilatent, et peu à peu les plus importantes de ces branches se substituent à la saphène, laissant le membre exposé aux mêmes accidents qu'avant l'opération ; le fait a été constaté par Faisst et par Tolle : à la ligature simple, à l'excision unique, il faut donc substituer les excisions multiples et échelonnées : ce point est aujourd'hui définitivement acquis.

Les résultats de l'excision échelonnée avec ligature sont difficiles à apprécier : car, en général, les auteurs confondent dans une même statistique l'opération type et ses perfectionnements. Voici quelques résultats intégraux. Zeller a revu 33 malades avec 76 0/0 de guérison; Perthes a retrouvé 41 des malades opérés par Trendelenburg, à un intervalle variant de 5 mois à 9 ans; 32 étaient définitivement guéris (77 0/0) : cela prouve que les échecs doivent être attribués à une mauvaise technique et non à la méthode opératoire; la ligature des anastomoses faite secondairement, a guéri un certain nombre de récidives. Faisst a revu 15 de ses malades et constaté 12 guérisons définitives soit 80 0/0. Les succès de Faisst sont plus nombreux que ceux de Perthes. Or, tandis que les opérés de Perthes ont presque tous subi l'opération de Trendelenburg, ceux de Faisst ont été en grand nombre traités par l'excision multiple. La statistique de Bœcker parle dans le même sens : avec la ligature type de Trendelenburg, il n'a eu que 56 0/0 de succès.

Les résultats de *l'extirpation totale de la saphène suivant la procédé de Madelung*, sont mal connus, l'opération n'ayant donné lieu qu'à peu de statistiques suivies. Le seul renseignement que j'aie pu me procurer, m'est fourni par Bœcker; cet auteur a pratiqué 40 fois cette extirpation avec 88 0/0 de succès. Bœcker conclut que l'opération de Madelung est très supérieure, et cela d'autant plus qu'avec le Trendelenburg, il n'a obtenu que 56 0/0 de succès; mais il y a là une exagération. Bœcker compare le Madelung au Trendelenburg type, or, cette dernière opération est jugée, elle est insuffisante, c'est aux excisions multiples échelonnées qu'il aurait fallu comparer l'opération de Madelung. Faisons nous-mêmes ce rapprochement : les excisions multiples et échelonnés donnent 80 0/0 de succès, l'opération de Madelung 88 0/0 de succès; l'avantage de l'opération de Madelung est donc peu considérable, en revanche elle expose à bien des ennuis, intervention longue, cicatrice étendue, œdème du membre. Pour ma part, me basant sur mon expérience personnelle, j'estime qu'on ne saurait mettre en parallèle l'opération de Madelung et les excisions multiples et échelonnées. Ces dernières constituent à peine une opération, on peut les pratiquer sans chloroforme, avec l'infiltration de Schleich. Le procédé des excisions multiples et échelonnées est jusqu'à présent le procédé de choix : l'opération de Madelung ne doit être faite que dans des cas spéciaux.

L'incision circonférentielle double de Moreschi est jugée : elle provoque du côté du pied un œdème souvent persistant. L'incision jambière de Mariani peut seule être discutée. Est-elle efficace, présente-t-elle des avantages appliquée au traitement des troubles fonctionnels des varices? Kennedy est le seul auteur qui donne des renseigne-

ments sur cette opération, qu'il nomme d'ailleurs opération de Schede. Kennedy aurait constaté dans plusieurs cas que la section circonférentielle de jambe n'empêche pas le rétablissement d'une circulation veineuse superficielle; des vaisseaux de nouvelle formation se développent à travers la cicatrice et reconstituent une saphène. D'autre part, cette incision circonférentielle, j'ai pu le constater au cours de nombreuses opérations que j'ai pratiquées ne rencontre des veines que dans la partie interne de son trajet. La peau coupée circonférentiellement ne donne de sang que par sa partie interne. Une incision aussi étendue n'est donc pas nécessaire. Si on la limite à la partie interne, on ne fait guère plus qu'avec l'incision de Trendelenburg. L'opération ne mérite pas d'entrer dans la pratique courante dans les cas de varices simples.

Ces faits et ces raisonnements montrent que, sauf indication spéciale, à un malade qui se plaint de pesanteurs, de douleurs vagues dans le membre inférieur à un malade qui se fatigue rapidement, qui voit après une marche survenir de l'œdème des jambes, qui présente les signes avant-coureurs de la sclérose musculaire et cutanée, nous devons proposer une intervention. Cette intervention est efficace, car elle donne 85 0/0 de succès, c'est-à-dire un chiffre de guérison supérieur à ce que donnent en gynécologie les meilleures opérations : Le danger est à peu près nul. L'opération que l'on doit faire est la découverte de la saphène à quelque distance de son embouchure, à la partie moyenne, au genou et parfois même au mollet. La veine découverte, on en attirera une portion aussi longue que possible et on la réséquera entre deux ligatures, on extirpera en même temps par ces mêmes incisions tout ce que l'on pourra des troncs collatéraux.

La résection simultanée des ampoules variqueuses est inutile, ces ampoules s'affaissant par le fait même de la ligature des troncs principaux.

L'opération de Madelung un peu plus efficace, mais plus compliquée, ne sera faite que dans les cas où la veine saphène est largement dilatée dans une grande étendue de son parcours, t accompagnée d'un grand nombre d'ectasies variqueuses disséminées.

Toutes ces opérations donnent des résultats parfaits, persistants et définitifs, d'autant plus qu'elles sont pratiquées plus tôt et sur des sujets plus jeunes.

2° *Intervention chirurgicale dans les cas de complications inflammatoires étendues : phlébites des troncs et des grosses branches.* — La thèse de Robineau (1) reste sur ce sujet le document le plus important que nous possédions. La ligature et l'excision ne sont pas encore pour la majorité des médecins le traitement de choix de la phlébite variqueuse, et dans les services que j'ai suivis ou visités, j'ai vu d'une manière presque constante traiter la phlébite variqueuse par le repos, la compression ouatée et l'attitude élevée du membre. Pour conseiller l'abstention, médecins et chirurgiens donnent deux raisons : la phlébite variqueuse guérit dans l'immense majorité des cas, seule, et complètement. C'est là un optimisme dangereux. La phlébite variqueuse n'évolue pas autrement que la phlébite simple; comme cette dernière, elle expose aux accidents d'embolie, de septico-pyohémie et aux névralgies rebelles. Robineau (page 13) ne relève pas moins de 11 cas d'embolie mortelle : 4 malades succombèrent à la septico-pyohémie (page 14). En dehors de ces complications graves, la phlébite variqueuse peut suivre une marche extensive, qui complique et rend plus pénible l'affection (Obs. 2 de la thèse de Robineau). Quénu, Le Dentu ont montré que certaines névralgies rebelles n'avaient d'autre cause que des phlébites locales et anciennes de veines variqueuses. Ces observations suffisent à prouver que la phlébite variqueuse est un accident sérieux ou grave et mérite mieux qu'un traitement médical. Reste toutefois à démontrer que le traitement chirurgical est inoffensif et efficace.

(1) Robineau, Thèse de Paris, 1898.

On peut craindre, en effet, en appliquant une ligature sur une veine phlébitique que la ligature ne devienne elle-même un centre d'infection et importe plus près du cœur des accidents encore localisés à la périphérie. Les faits répondent à cette objection théorique.

Les embolies de phlébite variqueuse des membres inférieurs ont été nettement arrêtées dans les faits de Rigaud (1), de Guéneau de Mussy (2) et Isch Wall (3). Contre la septico-pyohémie et les accidents inflammatoires locaux, la ligature et la résection des veines n'est pas moins efficace. Voici quatre observations de Schwarz et de Quénu dans lesquelles ce procédé thérapeutique a donné des résultats parfaits (4). L'incision simple de la phlébite donne de moins bons résultats, ainsi que cela résulte d'un fait observé par Quénu, qui forme la 30e observation de la thèse de Robineau. A ces différentes observations, il faut joindre celles du mémoire de Müller (5) et 20 observations de Bœcker (6).

Ainsi donc les ligatures avec excision nettement indiquées dans les varices simples, le sont plus encore dans les cas de veines enflammées et phlébitiques. L'intervention ici doit suivre certaines règles. Si la phlébite est de cause locale, il faut opérer le plus tôt possible ; si au contraire, elle est consécutive à une infection générale (pneumonie, typhoïde), il faut attendre la guérison de la maladie principale. On fera d'abord la ligature avec excision de la veine dans sa partie supérieure, puis la ligature avec excision à quelques centimètres au-dessus de l'extrémité supérieure du caillot. La route ayant été barrée aux embolies : on découvrira la région enflammée, et on pratiquera l'extirpation de tout le segment malade. On pourra ensuite réunir, mais il sera prudent de faire au moins un large drainage.

3° *Intervention chirurgicale dans les accidents inflammatoires locaux.* — Est tout aussi nettement indiquée l'intervention dans les accidents inflammatoires localisés. Je pourrais citer en effet, 7 observations (7) de la Thèse de Robineau dans laquelle l'extirpation des veines localement enflammées est suivie de succès et y joindre 6 cas personnels. Mais ces faits établissent seulement que l'opération est suivie de guérison, or comme les inflammations locales des ampoules variqueuses guérissent également bien par les moyens médicaux, on ne verrait guère l'avantage de l'opération. Ce qu'il faut savoir, c'est que pour bénignes qu'elles soient, les inflammations localisées des varices, n'en sont pas moins susceptibles de s'étendre et parfois rapidement. C'est ce qui s'est passée dans la maladie de l'observation 2 de la thèse de Robineau. C'est pour empêcher cette extension qu'il faut opérer. La guérison opératoire est en outre beaucoup plus radicale que la guérison médicale, elle ne laisse pas en effet, après elle, les douleurs et les névralgies trop souvent consécutives aux phlébites locales traitées médicalement.

(1) Rigaud, Société de Chirurgie, 1875-464.
(2) Guéneau de Mussy, cité par Laveran et Teissier. Pathologie int. II, 931.
(3) Isch Wall, Société de Chirurgie, 1893, 553.
(4) Quénu, Obs. 21 et 22 de la thèse de Robineau-Schwarz. *Presse médicale.* 1896, page 5, et Société de Chirurgie, 1898, 126.
(5) Müller, *Arch. f. Klinische Chirurgie.* Volume 66.
(6) Bœcker, *Münchner medicin. Wochenschrift,* 1903, 885.
(7) Quénu. Obs. I, Obs. XX, Obs. XXIV, Obs. XXVII. — Schwarz. Obs. XXV et XXVI. Voir Thèse de Robineau.

4° *Intervention dans les accidents d'origine nerveuse.* — Sous ce titre, je désigne particulièrement les accidents douloureux, et surtout la sciatique. Les résultats sont peu nombreux, les opérations dirigées contre ces accidents, ne s'étant pas généralisées. C'est à peine si on peut trouver 4 cas de dissociation fasciculaire du sciatique dans la thèse de Marty (1). J'ai assisté à Tenon dans le service de Marchand à de nombreuses interventions de ce genre. J'ai moi-même pratiqué quatre fois la dissociation fasciculaire pour accidents douloureux et Mauclaire l'a exécuté une fois dans le service de Le Dentu. Les résultats de ces interventions sont frappants. Mauclaire, en particulier, fort sceptique à l'endroit de ce procédé thérapeutique est demeuré convaincu de son efficacité. Chez des malades souffrant depuis plusieurs mois et présentant quelques troubles trophiques, la cessation des accidents a été immédiate : le malade infirme et impotent au moment de l'opération, ne pouvant marcher qu'incliné en avant et appuyé sur une canne, reporté dans son lit après l'opération, n'éprouve plus aucune douleur. L'examen de la peau montre que la sensibilité cutanée est affaiblie, mais, fait singulier, après une dissociation minutieuse et poussée fort loin, la motilité reste absolument intacte. Je n'ai observé qu'un seul accident. Dans un cas, l'opération n'ayant pas été absolument aseptique, il y eut nul réaction inflammatoire et des adhérences qui fixèrent le nerf à la peau : une intervention secondaire me permit de dégager le nerf et fit cesser les accidents. Je tiens à insister sur les excellents résultats de cette intervention. Il serait à désirer qu'elle fût mieux connue. Il y a là un moyen efficace de traitement d'une affection douloureuse et souvent rebelle.

---

(1) Marty, Thèse de Paris, 1897.

LA SECRÉTINE

Médication acide duodénale
Stimulation des fonctions sécrétiniques chez l'homme

par le Dr Ed. Enriquez

Médecin des Hôpitaux

On sait combien les recherches expérimentales de Pawlow et de ses élèves ont remanié l'ancienne conception du travail digestif. Un fait d'une importance capitale ressort des nombreuses expériences instituées à cet égard par Pawlow : le contact de toute solution acide suffisamment concentrée avec la muqueuse duodéno-jéjunale est l'excitant physiologique spécifique de la sécrétion pancréatique. Et comme pour Pawlow, il n'est pas douteux que cette action de l'acide sur la muqueuse est d'ordre réflexe, il la désigne sous le nom de réflexe acide. Reprenant cette expérience, deux Anglais, Bayliss et Starling, ont l'idée d'injecter dans la circulation générale l'extrait de macération acide de la muqueuse duodénale ; ils provoquent ainsi également une sécrétion pancréatique abondante, et pour cette raison désignent cet extrait sous le nom de sécrétine.

Abordant à notre tour, en collaboration avec M. Hallion, l'étude de cette sécrétine nous sommes arrivés à démontrer :

1° Que la sécrétine n'est pas un excitant exclusivement spécifique de la sécrétion pancréatique, mais qu'elle renforce également dans une grande mesure la sécrétion biliaire, fait qui a été également constaté par MM. Henry et Portier et par Falloise ;

2° De plus, comparant les résultats expérimentaux obtenus par l'introduction d'une solution acide dans le duodénum d'une part, et, d'autre part, ceux obtenus par l'injection de sécrétine dans la circulation générale, nous avons pu démontrer l'identité des deux phénomènes, et conclure en définitive en faveur d'un mécanisme humoral univoque.

Ainsi donc, si chez l'homme la sécrétion pancréatique s'établit, si la sécrétion biliaire e renforce, au fur et à mesure que le pylore livre passage au contenu acide de l'estomac, ces faits se produisent non par suite d'un réflexe acide, selon l'opinion expresse de Pawlow, mais bien parce qu'au contact de cet acide et de la muqueuse duodéno-jéjunale, il se forme une substance spéciale, la sécrétine, qui, absorbée par les radicules portes, va impressionner d'abord le foie, et ensuite le pancréas par l'intermédiaire de la circulation générale.

A ces constatations expérimentales que nous avons communiquées avec M. Hallion au Congrès de Madrid, d'autres sont venues s'ajouter non moins importantes.

Tout récemment, en effet, MM. Delezenne et Frouin, de l'Institut Pasteur, dans un travail expérimental remarquable, démontrent que l'action de la sécrétine ne se limite pas au foie et au pancréas, mais qu'elle s'étend aussi à tout l'iléon, tenant sous sa dépendance la sécrétion du suc intestinal. Il y plus encore ; frappés, au cours de nos recherches

avec M. Hallion, des contractions intestinales que nous provoquions par l'injection directe de sécrétine dans le réseau artériel du duodénum, nous nous sommes demandés si l'extrait de macération acide que nous injections ne possédait pas une action excito-motrice, indépendante des actions sécrétoires multiples; et, de fait, les expériences que nous poursuivons à ce sujet, par la méthode graphique, nous autorisent à conclure à l'existence d'une action de ce genre.

On voit, par le court exposé que nous venons de faire, l'importance capitale dévolue au duodénum (et par ce terme il faut entendre au point de vue physiologique toute la première portion de l'intestin) dans l'acte de la digestion, et les fonctions multiples d'ordre sécrétoire et moteur qui sont commandées par l'arrivée d'une solution acide au contact de la muqueuse duodéno-jéjunale.

*
* *

Nous fondant sur ces donnéss expérimentales, nous avons cherché à réaliser en clinique la stimulation de cette fonction sécrétinique nouvelle.

Jusqu'à ces derniers temps, il est certain que, reflétant l'enseignement d'une physiologie déjà ancienne, la clinique a accordé dans le cadre si vague des dyspepsies, une importance presque exclusive aux perturbations fonctionnelles de l'estomac, sans tenir suffisamment compte, à notre avis, de celles de l'intestin. Aussi, est-ce contre ces troubles fonctionnels gastriques qu'était dirigé, avant tout, l'effort thérapeutique.

Pour notre part, instruit de l'importance majeure de la fonction sécrétinique duodénale dans l'acte de la digestion normale, nous nous sommes demandé si, en clinique, un grand nombre de dyspepsies n'étaient pas secondaires à un trouble de cette fonction si hautement spécialisée de la muqueuse duodénale.

Il est parfaitement légitime d'admettre que toute condition pathologique capable de modifier le déterminisme normal de la fonction sécrétinique (diminution de l'acidité du chyme, modification du rythme moteur normal de l'estomac et du pylore, insuffisance relative de la muqueuse elle-même en prosécrétine), aura pour conséquence un trouble des différentes sécrétions biliaire, pancréatique et intestinale. Si l'on veut bien se rappeler également qu'expérimentalement le filtrat acide de macération duodénale possède une influence incontestable sur la motilité de l'intestin, ainsi que nous l'avons constaté avec M. Hallion, on admettra sans peine qu'un des premiers signes et des plus constants de cette insuffisance sécrétinique est représenté en clinique par la constipation.

Guidé par nos recherches expérimentales, faites en collaboration avec M. Hallion, nous avons cherché un moyen capable de stimuler cette fonction chez certains dyspeptiques constipés. Le problème consistait à réaliser sur l'homme, l'arrivée au contact de la muqueuse duodénale d'une solution acide à un taux déterminé. Depuis de longues années déjà, la médication acide par la voie gastrique avait été conseillée surtout en Angleterre, et avait donné d'excellents résultats dans un grand nombre de cas de dyspepsie. A la suite de Trousseau, plusieurs médecins préconisent plus spécialement l'emploi de l'acide chlorhydrique, tantôt d'une façon purement empirique, tantôt sous l'impulsion des recherches sur le chimisme gastrique, dans le but d'activer la digestion gastrique elle-même : aussi est-ce toujours immédiatement après le repas ou peu de temps après, qu'ils conseillent l'ingestion de l'acide. Or il est évident, que ce mode d'administration de l'acide ne peut influencer que d'une façon très lointaine la réaction du

contenu gastrique à sa sortie du pylore, et, cependant, là réside essentiellement la solution du problème.

Aussi dans une première série de recherches cliniques avons-nous essayé d'administrer la solution acide non plus immédiatement après le repas, mais longtemps après le moment où le contenu de la digestion gastrique se trouve au maximum d'acidité, c'est-à-dire au moins trois à quatre heures après les repas, ce moment pouvant d'ailleurs varier selon les sujets. La limonade chlorhydrique à 3/00, ingérée dans ces conditions de quart d'heure en quart d'heure, a eu une influence favorable des plus manifestes dans plusieurs cas de dyspepsie, répondant au type clinique de la dyspepsie nervo-motrice établi par M. Mathieu.

Encouragé par ces résultats, nous avons cherché à éviter de mêler au contenu gastrique l'acide que nous voulions faire parvenir au contact de la muqueuse duodénale, dans le but de stimuler la fonction sécrétinique. Dans ce but, nous nous sommes adressés à un procédé qui a déjà fait ses preuves, à l'enrobement dans une enveloppe épaisse de gluten. On sait; en effet, que le gluten est réfractaire à la digestion gastrique, tandis qu'au contraire, il est facilement attaqué dans l'intestin en milieu alcalin. De la sorte ces capsules de gluten contenant l'acide à introduire (en l'espèce nous nous sommes adressé à l'acide tartrique), subissent la digestion gastrique sans verser leur contenu dans l'estomac, tandis qu'aussitôt arrivées dans le duodénum, elles sont attaquées par le suc pancréatique, et mettent en contact l'acide tartrique qu'elles contiennent avec la muqueuse duodénale, réalisant ainsi en clinique l'expérience princeps de Pawlow.

Tel est le procédé auquel nous avons eu recours pour arriver à instituer la médication acide duodénale. Il nous reste à faire connaître les résultats cliniques que nous avons obtenus.

*
* *

Nos recherches ont porté sur 16 malades pris indistinctement, au hasard (13 femmes et 3 hommes) observés pour la plupart à l'Hôtel-Dieu dans les services de MM. Brissaud et Ballet, et qui peuvent se répartir de la façon suivante.

Tous, d'une façon générale, présentaient une constipation habituelle plus ou moins accusée. Mais dans 7 cas ce symptôme était le symptôme dominant, celui dont les malades se plaignaient, autant par sa persistance que par sa tenacité ; les autres symptômes dyspeptiques, douleurs abdominales, fermentations, etc., étaient au second plan. Dans ces 7 cas la médication acide duodénale est parvenue, avec plus ou moins de facilité suivant les sujets, à stimuler les fonctions sécrétoire et motrice de l'intestin, et à régulariser les selles.

Parmi ces observations, deux plus particulièrement démonstratives sont intéressantes à rappeler. Dans l'une, il s'agissait d'une malade atteinte depuis de longues années d'une sclérose en plaques ; sa constipation opiniâtre, qui durait en moyenne de six à huit jours, résistait à toute espèce de purgatif ; seuls les lavements avaient quelque action. Sous l'influence de la médication acide duodénale les selles se sont régularisées pour faire place à nouveau à la constipation aussitôt qu'on cessait le traitement, et cela à plusieurs reprises de suite. Il n'y avait donc, en l'espèce, aucun doute à avoir sur l'action pour ainsi dire spécifique de cette stimulation acide de la muqueuse duodénale. Chez une autre malade du service du professeur Brissaud, atteinte de coprostase, les faits se sont passés à peu près d'une façon identique, avec cette différence toutefois que la constipation, qui durait parfois jusqu'à douze jours de suite, s'accompagnait de pal-

pitations, de vertiges, de céphalées et d'une anorexie absolue ; les urines contenaient de l'indican en abondance. Après quelques jours de traitement les selles devinrent régulières, et tous ces symptômes disparurent.

Dans cinq de nos observations, à la constipation se joignaient des signes de colite muco-membraneuse, caractérisés surtout par des crises abdominales douloureuses se terminant par des débâcles de glaires et de muco-membranes ; quatre fois ces symptômes ont été améliorés en même temps que la constipation.

La troisième catégorie comprenait quatre malades atteints de dyspepsie nervo-motrice : digestions lentes, parfois très longues, pesanteur après les repas allant quelquefois jusqu'à la douleur, somnolence, gonflement, inaptitude au travail, phénomènes congestifs, tous signes accompagnés de constipation. Dans ces quatre cas la médication acide duodénale a agi favorablement et rapidement sur tous ces symptômes, en même temps qu'elle a eu une influence des plus manifestes sur la constipation.

*
* *

La constance et la répétition des résultats obtenus dans les cas que nous avons observés nous autorisent donc à conclure à l'action stimulante indubitable de la médication acide duodénale, telle que nous l'avons instituée, sur la fonction sécrétinique chez l'homme. On comprend facilement, qu'en agissant à la fois sur les sécrétions pancréatique, biliaire et intestinale, en excitant d'autre part la motilité de l'intestin, cette médication acide puisse, par la simple exaltation d'un mécanisme physiologique normal, imprimer une modification favorable aux divers cas de dyspepsie intestinale. (*Communication à l'Académie de médecine*, le 16 février 1904.)

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 9 mars 1904

Présidence de M. Mathieu

M. Hirtz donne lecture d'une note concernant un cas de *cirrhose atrophique guéri par l'opothérapie hépatique*. Il s'agit d'un homme de 55 ans, alcoolique invétéré, dont l'affection, deux mois avant son entrée à l'hôpital, avait pris une évolution rapide. Le foie semblait diminué de volume. Une ponction donna 12 litres de liquide : le traitement consista en calomel, tisanes diurétiques nitrées, régime lacté. Trois semaines après, on dut faire une nouvelle ponction, une troisième un peu plus tard, sans que l'état du malade s'améliorât. A ce moment, on commença le traitement opothérapique : on administra 140 à 200 grammes par jour de foie frais de porc coupé en petits morceaux, dans du bouillon ; le malade accepta sans difficulté cette médication. Au bout de huit jours, les urines augmentaient, et atteignaient bientôt deux litres : on fut obligé de faire encore une seule ponction qui donna 8 litres. Quelques mois après l'ascite ne pouvait être décelée que dans le décubitus latéral.

L'orateur a reçu, il y a quelques jours, une lettre du malade qui annonce se trouver dans un état de santé excellent (un an après terminaison du traitement).

Cette observation est fort démonstrative : malheureusement, deux autres malades ont donné des résultats fort peu brillants. On ne saurait donc aujourd'hui préciser les indications de l'opothérapie. Quoi qu'il en soit, c'est dans la cirrhose hypertrophique que l'opothérapie avait jusqu'ici enregistré des succès, la cirrhose atrophique ne donnait rien : Galliard a publié la première observation démontrant l'action de l'opothérapie dans cette dernière affection. Il faudrait, pour déterminer les indications de ce traitement, examiner avec soin les urines, et chercher par tous les moyens d'éclairer cette question.

M. Mathieu approuve les réserves de l'orateur au sujet des effets de l'opothérapie : il faut, avant de généraliser ce traitement, chercher à dégager les conditions de guérison.

On a cru jusqu'ici que l'opothérapie ne convenait que dans les cas où le foie est augmenté de volume : d'un autre côté, on croira parfois se trouver en présence d'un foie qui semblera diminué de volume, alors qu'il est simplement descendu et paraît ainsi plus petit.

Enfin, on observe des cas de cirrhose atrophique avec guérison ou presque guérison : l'orateur cite un de ses malades auquel on fit 3 à 4 ponctions de 12 à 14 litres, et qui, au bout de 6 mois, n'avait plus d'ascite sous l'influence du repos et du régime lacté. Le patient demanda son exeat, quitta le régime lacté pour reprendre son alimentation ordinaire, revint à l'hôpital, fut

remis au traitement, perdit à nouveau son ascite, ressortit et revint encore une fois. Amélioré de nouveau, il est reparti à nouveau.

M. Linossier reprend la discussion sur le *régime des hépatiques* et répond aux objections que lui fit M. Robin à la dernière séance. On ne sait pas encore, le plus souvent, quels sont les aliments qui excitent fortement, et ceux qui excitent à peine la fonction hépatique Les procédés essayés pour étudier l'état de cette fonction ont été tour à tour abandonnés. L'urobilinurie elle-même est infidèle, puisque dans nombre de cas, l'urobiline se forme dans le rein : en effet, on la trouve alors dans les urines, tandis que le sang ne contient que de la bilirubine.

Le régime lacté, que M. Robin défendra à ses malades en état d'hyposthénie hépatique, ne sera pas davantage prescrit par l'orateur, parce que chez ces malades se développent des troubles digestifs quand ils prennent du lait. Les résultats seront les mêmes, bien que chacun parte de données scientifiques différentes.

M. Robin n'admet pas l'infection des voies biliaires dans les affections calculeuses du foie ; certes, la sanction thérapeutique de cette hypothèse manque, mais il en est de même pour nombre d'autres affections dont on a reconnu actuellement l'origine microbienne et qui ne sont pas pour cela autrement soignées qu'auparavant (syphilis, tuberculose, etc.). L'infection des voies biliaires se fait par le bactérium coli ; comme on ne saurait s'opposer à la présence de ce dernier dans l'intestin, on ne peut donner à cette notion une sanction thérapeutique.

M. Robin répond que ses expériences n'ont jamais confirmé le fait que l'urobiline puisse apparaître dans les urines quand on ne la retrouve pas dans le sang.

Comment le praticien pourra-t-il reconnaître l'insuffisance hépatique? Il existe pour cela des signes nombreux : chacun d'eux, pris isolément, n'est pas bien probant, mais leur réunion représente un véritable syndrome chimique.

La présence de l'urobiline dans les urines est symptomatique d'une destruction exagérée des globules rouges du sang : si ce phénomène est très accentué, un foie même normal pourra fabriquer de l'urobiline sans être pour cela en état d'hypofonction. Aussi l'urobiline est-elle le pigment de l'insuffisance relative ; celui de l'insuffisance absolue est l'uroérythrine ; à condition qu'il se trouve dans l'urine à l'état permanent, il constituera un bon symptôme de l'insuffisance hépatique.

Le taux de l'urée est important : si celle-ci diminue dans les urines, on se trouve en présence d'un foie en état d'hypofonction.

Le cœfficient d'utilisation azotée, ou le rapport entre l'azote total de l'urine et celui qui est utilisé au maximum dans l'organisme, représente un bon moyen de diagnostic. Ce rapport peut, de 82 0/0 environ, s'abaisser à 60 0/0 dans de nombreux cas d'hypofonction.

Le soufre total, et son rapport au soufre incomplètement oxydé, donne aussi de bons renseignements ; le rapport entre le soufre total et l'azote total de même.

Enfin, l'examen des matières fécales est intéressant. L'hypofonction se manifeste par des selles peu colorées, l'hyperfonction par des selles très colorées.

Le bilan nutritif, ou action spéciale du foie sur les aliments, peut varier aussi beaucoup. On peut dire qu'en cas d'hypofonction, il y a retard dans la digestion des graisses et des féculents.

Au point de vue du régime lacté, l'orateur rappelle qu'il le recommande dans la cirrhose hypertrophique, dans la période congestive de la cirrhose atrophique, dans la sténose pylorique fonctionnelle.

En cas de calculs de la vésicule, si l'on cherche à immobiliser ceux-ci, à cause de leur volume exagéré faisant craindre que leur passage soit trop difficile, le régime lacté sera fort utile, à condition de donner très peu de lait à la fois pour éviter toute excitation hépatique par un chyme trop acide. On parvient parfois, de cette façon, à obtenir que les calculs restent enkystés et ne se mobilisent pas.

M. Mathieu voit avec satisfaction que l'orateur accepte le régime lacté pour un grand nombre de cas : il en est d'autres encore où ce régime est indispensable. Les phénomènes d'intoxication intestinale, par exemple, sont réduits à un minimum par le régime lacté, qui réussit encore fort bien dans l'urémie, la dyspnée toxi-alimentaire, les vertiges, les migraines tardivement aggra-

vées, c'est-à-dire s'exacerbant vers 45 ans au lieu de diminuer; le même régime sera excellent si le foie est lésé, surtout si le rein est insuffisant.

M. Robin rappelle que le régime végétarien stimule l'activité hépatique : donc ce régime sera indiqué même en cas d'hypofonction du foie.

M. Gautier demande à M. Robin pour quelle raison il renonce au lait dans la cirrhose atrophique : dans les cas de ce genre, il faut chercher à réduire à un minimum les toxines que le foie doit élaborer. On fera donc bien de s'assurer du taux de la toxicité urinaire; s'il est augmenté, le foie ne fonctionne plus qu'imparfaitement.

Pour M. Robin, cette toxicité urinaire se calcule aisément en retranchant de l'azote total l'azote de l'urée et celui de l'acide urique : il reste un chiffre de 14 à 15 0/0 donnant le coefficient de toxicité : ce dernier peut monter à 30 0/0 dans les cas pathologiques.

M. Gautier estime que ce coefficient n'est pas heureusement choisi, car il existe des toxine urinaires qui sont aussi actives que le curare ou le venin de serpent, et dont la quantité dans le urines est si minime, qu'elle échappe à l'analyse.

M. Robin rappelle que le foie, aussi insuffisant qu'il puisse le devenir, conserve toujours des éléments actifs, qu'il y a lieu de stimuler pour qu'ils puissent lutter contre l'action enserrante du tissu conjonctif. Il faut donc prescrire aux cirrhotiques une alimentation mixte légère tant qu'ils ne présentent pas d'accidents toxiques.

M. Linossier fait remarquer que la méthode de Bouchard, pour la recherche de la toxicité urinaire, ne donne que les agents immédiatement toxiques : il en est qui demandent 7 à 12 heures pour agir.

Doit-on exciter un organe insuffisant? L'emploi inconsidéré de la digitale, par exemple, n'est pas bien recommandable : toute excitation continuelle finit tôt ou tard par aggraver l'état morbide.

M. Mendelsohn donne lecture d'une note concernant l'*apocynum cannabinum* : à l'état d'extrait fluide, à la dose de 10 à 15 gouttes par jour, il agit dans le même sens que la digitale, en abaissant la fréquence du pouls. Il présente en outre une action diurétique très puissante (4 à 6 litres d'urine en 24 heures dans quelques cas). Ce produit n'a pas d'action cumulative : il ne produit rien dans les cas de névroses cardiaques.

M. Robin s'est servi autrefois de ce produit, mais il l'a abandonné depuis. Cependant, dans ces derniers temps, il s'en est servi dans un cas d'insuffisance mitrale avec rétrécissement, comme succédané de la théobromine, et cela à la dose de trois gouttes trois fois par jour. De cette façon, on put maintenir l'action diurétique et reprendre de temps en temps la théobromine.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies générales non infectieuses et intoxications

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Traitement du diabète, par W.-H. THOMSON (*Medical Record*, 30 janvier 1904). — L'auteur donne le résultat de ses observations personnelles. Il considère comme diabétique tout individu glycosurique depuis plus d'un an ; la présence de l'acide diacétique dans l'urine confirme en général le diagnostic du diabète. On doit faire un dosage de l'urée, car, même si le patient est obèse et si la proportion d'urée est proportionnellement élevée, l'amaigrissement ne tardera pas à survenir.

L'auteur prescrit rarement la codéine ou tout autre dérivé de l'opium, il condamne, au contraire leur usage, car il croit que les médicaments de cette classe, c'est-à dire les médicaments fonctionnels ne peuvent pas avoir un effet durable. Pendant longtemps il a prescrit l'huile de foie de morue dans le diabète, plus particulièrement chez les sujets jeunes. Il s'agit là d'un fait certainement empirique, car il n'a pu établir la nature de son action dans cette maladie.

Cependant l'obésité constitue une contre-indication à l'usage de l'huile de foie de morue et on ne doit pas la prescrire chez les personnes qui ont une vie sédentaire. A côté de l'huile de foie de morue, l'auteur placerait le fer. L'arsenic lui a également donné des résultats et il l'a donné sous forme d'acide arsénieux.

Lorsque la quantité de sucre urinaire exige un traitement rapidement efficace, il donne 1 gramme d'antipyrine et 1 gramme de benzoate de soude quatre fois par jour. Au bout d'un certain temps, il donne 1 gramme d'aspirine et 0 gr. 60 de salicylate de bismuth.

Les eaux alcalines ont depuis longtemps tenu dans la thérapeutique du diabète une place importante, mais il faut se rappeler que leur usage longtemps continué est toujours préjudiciable chez les personnes qui sont amaigries. Le diabète enfin est toujours une maladie grave, parce qu'il entraîne la perte pour l'organisme d'un élément important tiré des aliments et que la production du sucre se fait encore parfois au dépend des substances protéiques.

L. JUMON.

Pourquoi et comment doit-on doucher les diabétiques? par PARISET (*Bulletin médical*, 3 février 1904). — L'hydrothérapie sera utile aux diabétiques en donnant à leur système nerveux une tonicité nouvelle. L'eau froide met en œuvre les fonctions nerveuses de l'économie tout entière par son action : 1° sur les nerfs de la sensibilité (sensation du froid et percussion) ; 2° sur les vaso-moteurs (réaction circulatoire) ; 3° sur les nerfs de la calorification (réaction thermogène).

La douche froide est l'agent le plus efficace pour ramener l'état d'équilibre. C'est un préjugé que d'attribuer à la douche froide seulement des effets excitants.

L'eau froide convient admirablement aux diabétiques. En principe, l'auteur proscrit l'eau chaude, qui n'oblige pas le malade à fournir une réaction et le déprime. Chez le diabétique, Quinquaud a montré qu'elle augmentait la glycémie et la glycosurie.

L'eau froide, nettement indiquée, demande une application courte (30 secondes en moyenne) : les applications prolongées augmentent la glycosurie.

Du reste, la durée d'une douche dépend de plusieurs facteurs, et notamment de la rapidité du malade à réagir.

Les diabétiques gras, demandent une douche vigoureuse, exerçant par la percussion du jet un véritable massage des masses musculaires. Ces arthritiques réagissent vite et bien ; ils aiment la douche et ne craignent pas ensuite une friction un peu rude. Les catarrhes des voies respiratoires supérieures et les congestions auxquelles ils sont sujets n'empêchent pas la continuation du traitement hydrothéra-

pique et n'en sont que favorablement modifiés.

Les diabétiques maigres sont plus délicats, et l'eau froide leur sera appliquée avec ménagement; pas de percussion sous peine de les faire maigrir davantage; un simple enveloppement rapide suffit à déterminer chez eux une réaction utile. La friction habituelle après la douche sera légère, c'est-à-dire sans tapotements et pétrissages.

Chez les uns comme chez les autres il n'est pas toujours possible d'appliquer l'eau froide d'emblée ; il faut, quelquefois, les y entraîner, et ce sont généralement les diabétiques gras qui y arrivent le plus vite. Le procédé le meilleur est l'application de douches progressivement froides, en observant de très près la réaction du malade.

Dans certains cas on peut ajouter à la douche froide certains procédés complémentaires et adjuvants.

Chez les diabétiques avec congestion hépatique, la douche chaude locale sur le foie, variant progressivement de 34° à 40° et plus, produit une révulsion énergique dont l'heureux effet se complète par celui de la douche froide générale qui la suit.

Les névralgies, fréquentes chez les diabétiques, seront calmées par une application très chaude sur les points d'émergence et le trajet des nerfs atteints, suivie d'une douche froide générale.

Si le diabétique est rhumatisant, l'application chaude est générale, et, suivie d'une douche froide, constitue la douche écossaise.

Il est classique d'admettre que la douche froide est contre-indiquée lorsqu'il y a albuminurie. On craint la congestion brusque du rein, tant à redouter chez les artério-scléreux qui sont tous des hypertendus. Or, l'albuminurie, chez le diabétique, n'est pas le plus souvent un signe d'artério-sclérose, mais plutôt un trouble de nutrition. Si donc un diabétique n'est pas artério-scléreux, on peut lui donner la douche froide, malgré son albuminurie.

S'il est artério-scléreux, la douche tiède et courte lui fera faire une réaction utile.

L'impuissance des diabétiques pourra être combattue par des bains de siège froids et courts, à eau courante et percutante, suivis d'une douche froide générale.

Ainsi traités, les diabétiques sont toujours améliorés. Au début, l'hydrothérapie seule peut faire rétrocéder la glycosurie. A une période plus avancée, c'est un adjuvant précieux et souvent indispensable par son action tonique sur le système nerveux.

E. Vogt.

Myxœdème compliqué de diabète sucré : effet de l'extrait thyroïdien sur les deux maladies, par Alfred Gordon (*American medicine*, 6 février 1904).—L'auteur relate deux cas de myxœdème compliqué de véritable diabète sucré chez deux frères issus de parents névropathes, avec tendances dégénératives. L'extrait thyroïdien a donné chez les deux malades une action très favorable qui s'est exercée sur les deux conditions morbides et d'abord sur le diabète plutôt que sur le myxœdème. Les cas présentent plusieurs conditions rares : c'est la coïncidence du myxœdème et d'un véritable diabète et non d'une simple glycosurie, puis l'apparition du diabète dans l'enfance, le développement des deux maladies chez les deux frères présentant une tendance dégénérative, enfin l'effet remarquable de l'extrait thyroïdien sur le diabète, ce qui explique avec beaucoup de certitude le rôle de la glande thyroïde dans une affection aussi peu connue dans ses conditions pathogéniques que le diabète sucré. Il semble très probable qu'en dehors du rôle des fonctions digestives, la sécrétion interne du pancréas se trouve en défaut. C'est un fait bien établi que le diabète a été constaté dans les maladies de la glande thyroïde. Il est difficile de dire ici si les troubles de la thyroïde sont la cause directe du diabète, ou s'ils agissent indirectement par l'intermédiaire du pancréas.

Le diabète, surtout chez les enfants, présente une marche très défavorable, tandis qu'ici son évolution a été favorable et la maladie guérie par le traitement thyroïdien. Les malades étaient âgés de trois ans ou de quatre ans et demi.

L. Jumon.

Signification de granulations basophiles dans les globules rouges, pour le diagnostic de l'intoxication saturnine, par Van Emden (*Société pour l'avancement des sciences médicales*, Amsterdam, 7 novembre 1903: *Nederlandsch tijdschrift vor Geneeskunde*, 1903, n° 3). — L'auteur explique la différence qu'il y a lieu d'établir entre la polychromatophilie, dans des hématies qui se colorent d'une manière diffuse par les couleurs basiques, et la présence dans le sang d'hématies portant des granulations basophiles distinctes, alors que le globule lui-même se colore ou ne se colore pas. Hamel a décrit ces granulations basophiles. L'auteur, ayant pratiqué un grand nombre d'examens du sang, en collaboration avec Mlle Kleerekoper, attribue à ces éléments dans l'intoxication saturnine, une constance tellement grande qu'il en fait un élément de diagnostic très précoce. On peut, grâce à ce procédé, déceler la présence du plomb dans le sang, longtemps avant que les

symptômes d'intoxication s'établissent, et déterminer ainsi quels sont les ouvriers menacés d'accidents dans une entreprise industrielle. Il est peu probable que ces granulations soient une combinaison de plomb et d'albumine : elles se retrouvent dans d'autres intoxications, particulièrement dans l'intoxication par la phénylhydrazine. Certains auteurs regardent les globules rouges qui les présentent comme des globules en pleine dégénérescence, d'autres voient dans ce phénomène un signe de régénérescence. En somme, les deux hypothèses sont insuffisantes pour expliquer les faits observés.

R. Wybrauw.

Le cautère et les états dits arthritiques (*La Presse médicale*, 7 février 1904). — Brocq se demande si le discrédit dans lequel le cautère est actuellement tombé n'est pas exagéré : il cite à cet égard deux observations.

1° Homme de 72 ans, artério-scléreux, bronchitique, devenu somnolent, apathique, avec un état cérébral inquiétant. Brûlure accidentelle grave à la cuisse, laissant après elle une plaie qui ne présente aucune tendance à la guérison et suppure abondamment. Depuis ce moment, l'état général du malade s'améliore, son intelligence retrouve toute sa lucidité.

L'auteur, consulté au sujet de la plaie, parvient en peu de temps à obtenir une cicatrisation parfaite : peu de jours après la somnolence reparaît, l'intelligence sombre à nouveau. On se décida alors à l'application d'un cautère au bras : dès que la suppuration fut établie, l'état général redevient excellent.

2° Homme de 62 ans : lithiasique, asthmatique, artérioscléreux. Il y a 8 ans, ictus et hémiplégie droite, crises épileptiformes graves. Au cours d'une de ces crises, un gardien lui fit une injection d'éther à la cuisse gauche, qui provoque une escarre ; au bout de dix jours, suppuration, et dès ce moment amélioration inconcevable. Deux mois plus tard, la cavité suppurante se ferme : aussitôt, apparition d'accidents graves, œdèmes considérables, mélancolie, etc. Un cautère au bras gauche provoque, aussitôt qu'il est en activité, une amélioration nouvelle de l'état général. Deux mois plus tard, on laisse le cautère se fermer par mégarde : réapparition des accidents. Un cautère au bras droit remet les choses en état. Tout dernièrement, le cautère donne moins, les troubles morbides réapparaissent, pour céder après que le cautère eût recommencé à bien fonctionner.

L'auteur estime que chez des artérioscléreux, des goutteux, à imperméabilité rénale, l'établissement d'un cautère peut dans certaines conditions faciliter la disparition d'accidents graves.

E. Vogt.

Maladies infectieuses

Dr LESAGE

Médecin des hôpitaux.

Traitement de la scarlatine, par le Dr Ausset (*La Pédiatrie pratique*, 15 février 1904). — *Prophylaxie*. Isolement depuis l'invasion jusqu'à la terminaison de la desquamation. Désinfecter soigneusement tout objet ayant appartenu au scarlatineux. Brûler livres et jouets ayant servi au malade, soins d'antisepsie pour les personnes approchant le malade, se laver, par exemple, les mains et le visage avec une solution d'heamophényl. Prolonger l'isolement tant qu'il y aura trace de desquamation, au minimum pendant quarante jours. Désinfecter vêtements et literie à l'étuve, la chambre avec les vapeurs de formol, plonger les linges dans l'eau bouillante avant de les envoyer au blanchissage.

Hygiene thérapeutique. — 16 à 18° dans la chambre ; éviter au malade tout refroidissement. Envelopper la région rénale d'une large ceinture de flanelle. Antisepsie de la bouche et des cavités nasales, gargarismes ou irrigations avec une solution au millième d'aniodol. Instiller dans les fosses nasales, une solution d'huile mentholée au centième, à l'aide de la seringue de Marfan. Touchez deux fois par jour la gorge avec un tampon d'ouate imbibé de liqueur de Labarraque à 25 p. mille, d'eau oxygénée à 12 volumes. Evitez les irrigations à l'eau phéniquée, même faible. Evitez les grandes irrigations nasales, souvent causes d'otites. Lavez la vulve matin et soir à l'eau boriquée. Bains quotidiens savonneux.

Régime lacté absolu jusqu'après la chute de la fièvre. Reprendre alors l'alimentation ordinaire avec prudence afin d'éviter la néphrite.

Dans les formes moyennes, alitement pendant au moins 15 à 20 jours, séjour à la chambre au moins pendant 6 semaines.

Traitement curateur. — Appliquer les règles d'hygiène ci-dessus et pour favoriser l'éruption, prescrire de 1 à 4 grammes d'acétate d'ammoniaque en potion.

Dans la *scarlatine maligne*, soutenir l'organisme, combattre l'hyperthermie, la balnéation est de rigueur, mais ne jamais donner d'emblée un bain très froid, commencer à 28°. S'abstenir autant que possible des antipyrétiques chimiques qui, comme l'antipyrine, la quinine,

touchent le rein. Si la réfrigération est mal supportée, donner la cryogénine, toniques, acétate d'ammoniaque, teinture de kola, de cannelle. Eliminer les poisons par les boissons abondantes, théobromine; être réservé vis-à-vis des injections de sérum artificiel. A la moindre défaillance du cœur, pratiquer les injections de sulfate de spartéine, 1 à 3 centigrammes, suivant l'âge. S'abstenir de digitale, être modéré vis-à-vis de la caféine qui excite beaucoup les enfants.

Au début de la maladie. administrer un purgatif :

Calomel.... } àà 0,20, pour un enfant
Scammonée. } de 5 à 6 ans.

Stimuler le système nerveux surtout par les bains, prescrire très modérément l'alcool. Injections d'huile camphrée et non d'éther.

Si le cœur est défaillant, bains à 32° et même 35°.

Inhalations d'oxygène.

La *néphrite scarlatineuse* est de toutes les complications la plus importante. On la combattra par les ventouses scarifiées, les sangsues, les ventouses sèches dans le triangle de J.-L. Petit. Régime lacté. Un purgatif drastique, par exemple 10 grammes d'eau-de-vie allemande.

Si l'albumine se prolonge, donner pendant huit jours deux cuillerées à soupe par jour de sirop iodo-tannique et pendant les huit jours suivants 1 à 2 grammes par jour de lactate de strontium et ainsi de suite en alternant jusqu'à guérison. Dans les cas d'*angines diphtériques*, ne jamais hésiter; au moindre soupçon, 20 cc. de sérum de Roux. Dans les cas de *bubon scarlatineux*, forte antisepsie de la gorge et du nez, grandes irrigations d'eau oxygénée et faire suivre d'attouchements avec le mélange suivant :

Glycérine..... } àà 20 grammes.
Alcool..... }
Acide salicylique.. 2 —

Dans l'état actuel de nos connaissances, s'abstenir d'employer le sérum antistreptococcique.

L. Jumon.

Chirurgie générale

Dr BENOIT

Ancien interne des hôpitaux

Discussion sur l'appendicalgie (*Soc. de Chir.*, 28 janvier 1904). — Comme il était facile de le prévoir, certains chirurgiens n'ont pas accepté l'interprétation de M. Guinard sur le rôle de l'appendice, notamment dans les cas de fibromes douloureux et de lésions inguinales. On sait, — en effet, MM. Quénu et Berger l'ont fait ressortir, — que la cure radicale est suivie, dans la presque totalité des cas, de la disparition des douleurs, dont ces affections étaient l'unique cause. Ce que M. Guinard a présenté comme général n'a donc trait qu'à des cas exceptionnels, et cet auteur semble avoir été influencé par une série personnelle. Au surplus, le mot *appendicalgie* signifie bien, ainsi que M. Quénu l'a remarqué, douleurs sans lésions. Quelle différence dès lors avec la colique appendiculaire?

A. Benoit.

Fracture du crâne; trépanation, guérison (*Anjou médical*, mars 1904), par MM. Pasquier et Hardouin. — Un cas de fracture avec enfoncement, par chute sur le crâne. Garçon de ferme, 46 ans. L'intervention fut faite dans la grande salle de la ferme, avec toutes les précautions les plus minutieuses possibles. La substance cérébrale s'écoula au cours de l'opération et plus tard dans les pansements, au point d'atteindre une déperdition de 15 grammes. La trépanation consista surtout à enlever cinq grandes esquilles et des caillots sanguins, puis à drainer. Il y eut dans la suite suppuration et des pansements désinfectants furent nécessaires.

Mais finalement, cet homme guérit, la réparation s'étant faite fort bien, surtout du côté des méninges, et il guérit sans trouble de l'intelligence, sans insensibilité, sans paralysies graves. Un peu de paralysie faciale droite persistante est le seul dommage que lui ait laissé cette lésion, qui siégeait à la région pariétale droite.

Ce fait démontre l'inutilité des transports dangereux, lorsque les praticiens sont décidés à faire le traitement chirurgical nécessaire. Quant à l'absence de troubles cérébraux, après une aussi grande perte de substance, ce n'est pas la première fois que nous l'avons constatée, notamment chez les individus à cérébralité rudimentaire.

A. Benoit.

De la chirurgie conservatrice dans les grands écrasements des membres par M. Weiss (de Nancy) (*Revue Méd. de l'Est*, 15 février 1904. — L'A. rappelle que les modernes, P. Reclus, Lejars, préconisent dans les *grands écrasements*, la conservation par embaumement comme donnant des résultats thérapeutiques plus parfaits avec moins de dangers que l'amputation. On n'ignore pas en effet la mortalité élevée des sujets amputés en état de choc.

Il faut d'abord injecter dans les moindres recoins des plaies de l'eau bouillie à 60°, qui chasse les corps étrangers et caillots. Avec un tampon d'ouate, imbibé de permanganate de potasse, on essuie le foyer traumatique, surtout au niveau des points souillés par la terre ou les vêtements. On procède ensuite à l'embaumement.

On se sert pour cela d'une pommade de Reclus contenant de l'iodoforme, de l'acide borique, du salol et de l'antipyrine et que chacun peut varier suivant les besoins.

On en charge des bandes de gaze, que l'on introduit dans tous les espaces libres, sous les décollements. Puis, enveloppement de tout le membre avec une couche d'ouate hydrophile et une bande de tarlatane mouillée qui comprime les tissus de manière à « tasser les chairs ». Si la température demeure normale et l'odeur peu prononcée, on laisse ce pansement jusqu'au 21e jour. M. Weiss ajoute à cette technique des lavages à l'eau oxygénée. L'A. donne sa statistique personnelle. On y trouve trois *broiements de l'avant-bras*, dont un par une roue de wagon.

Ce malade, dont on peut voir la photographie, a guéri dans les conditions suivantes : membre en bonne position ; cubitus consolidé ; au radius, pseudarthrose très serrée qui ne gêne pas les mouvements du membre. Au niveau du passage de la roue, il existe une bride cicatricielle circulaire avec adhérence des muscles. Mouvements du poignet intacts, raideur des doigts considérable. Ce résultat est satisfaisant, malgré son imperfection.

On trouve également de bons résultats dans des cas intéressant le genou (arrachement) et des sections presque complètes de la jambe et du pied.

A. Benoit.

Arthrite déformante, par Levison (Copenhague) (*Communication au 4e Congrès scandinave de médecine, Helsingfors*, 1903 ; *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1903, n° 3). — Levison se base sur les observations de 104 cas. Les premiers stades de la maladie ne sont pas aussi rebelles au traitement qu'on le croit ; il s'agit de la reconnaître à ses débuts, ce qui est difficile, car on croit souvent avoir affaire à la goutte. L'examen aux rayons X est précieux dans ces circonstances : en effet, l'acide urique est tout à fait transparent, et, dans la radiographie de l'articulation goutteuse, les contours osseux sont très nets. Il en est tout autrement pour l'articulation atteinte d'arthrite déformante, car les néoformations dans les cartilages, dans les capsules, etc. rendent l'image indistincte. De même que les auteurs anglais, Levison croit que cette maladie est infectieuse ; elle s'accompagne de fièvre, non-seulement à son début, mais au cours de son évolution, chaque fois qu'une nouvelle articulation est atteinte, de transpirations profuses, d'engorgements ganglionnaires, etc. L'auteur décrit un cas d'arthrite déformante compliquée de polynévrite aiguë.

Comme agents étiologiques, il faut considérer avant tout l'habitat dans un lieu humide, les maladies infectieuses aiguës, certains catarrhes des muqueuses (naso-pharyngienne, utérine, rectale, vésicale). Chez plusieurs malades, on a pu observer une amélioration notable des phénomènes articulaires lorsque le traitement local avait exercé une influence favorable sur des catarrhes de ce genre. Il faut donc toujours rechercher si les muqueuses sont normales. Comme traitement des articulations, Levison recommande les onctions au gaïacol, les bains d'air chaud (+ 80°), combinés ou non avec la méthode de stase veineuse d'après Bier. Ces procédés réussissent dans des cas suffisamment récents.

R. Wybauw.

Leçon sur le lumbago et ses diverses formes, par William R. Gowers (*British med. Journal*, 18 janvier 1904). — Deux moyens thérapeutiques ont une excellente action, ce sont la diaphorèse et le repos. Le rhumatisme musculaire peut être rapidement arrêté par un exercice un peu violent. D'ailleurs l'exercice peut ne pas intéresser les muscles atteints et déterminer seulement une transpiration abondante. Si la douleur du lumbago au début n'est pas perçue pendant la marche, l'affection peut disparaître dès le lendemain à la suite d'une longue promenade faite étant bien couvert. Le bain turc est très efficace, mais surtout au début : après deux ou trois jours la diaphorèse ne paraît plus agir sur l'affection.

Par dessus tout, c'est le repos qu'il faut aux muscles douloureux. De bonne heure il est utile de pratiquer des fomentations chaudes, ou bien de placer une couche de coton recouverte d'un tison imperméable. Il est bon d'entretenir la chaleur et la moitenr de la peau. Au début, l'auteur conseille de ne pas employer le massage ni l'électricité : puis on pratique un massage léger qui ne doit jamais être une cause de malaise. Plus tard enfin, si la douleur persiste, on a recours à des applications très douces d'électricité. Le courant faradique faible à interruption fréquentes est celui qui convient le mieux : il doit donner seulement une sensation de vibration ; il est nuisible s'il est assez énergique pour déterminer des contractions

musculaires. Les liniments conviennent à toutes les périodes; ceux qui sont composés de chloroforme ou de belladone donnent les meilleurs résultats. On doit éviter les mouvemouvements passifs tant qu'ils sont douloureux : d'ailleurs dans tout traitement local on se guidera sur la douleur, qu'on évitera toujours.

On administrera un purgatif et on choisira les purgatifs salins plutôt que les cholagogues, à condition qu'on les prenne à jeun. Les eaux fortement salines ou concentrées valent mieux ici que les eaux légères.

Les médicaments qui ont le plus d'effet sur le rhumatisme articulaire semblent avoir moins d'action sur le rhumatisme musculaire. Les salicylates, par exemple, agissent moins bien, sauf dans les cas les plus aigus. On peut choisir cependant entre les salicylates, la salicine ou l'aspirine. Le salicylate de potasse ou la lithine semble ici mieux indiqué que le salicylate de soude.

Les révulsifs diminuent quelquefois la douleur : sous ce rapport l'auteur donne la préférence au thermo-cautère. Une injection profonde de cocaïne répétée tous les jours pendant deux ou trois semaines dans la région douloureuse donne souvent de bons résultats.

L. Jumon.

Technique de l'emploi de l'hyperémie veineuse, par Henle (*Allgem. medic. C. Zeit.*, 2 janvier 1904). — L'hyperémie veineuse est très utile comme moyen de traitement dans les affections inflammatoires traumatiques et inflammatoires des extrémités et de la tête. C'est d'abord l'action analgésique très marquée qu'on utilise. Les arthrites blennorrhagiques et tuberculeuses sont souvent rendues indolores en très peu de temps. De même, dans les fractures et les entorses, au troisième ou au quatrième jour, lorsque tout danger d'hémorragie a disparu, on peut obtenir rapidement la disparition des troubles sans avoir recours aux narcotiques.

L'hyperémie veineuse possède aussi une action thérapeutique dans les raideurs articulaires chroniques, dans les inflammations aiguës et chroniques. Assurément la méthode de Bier ne peut pas rendre superflus les autres procédés thérapeutiques comme les injections iodoformées dans les arthrites tuberculeuses, mais elle constitue un adjuvant très utile.

La stase veineuse non seulement diminue la douleur, mais conduit à la restauration fonctionnelle beaucoup plus rapidement. En général, elle permet d'éviter les ankyloses articulaires.

Tandis qu'au début, on croyait obtenir les meilleurs résultats en appliquant une bande aussi longue que possible, Bier s'est convaincu que c'est la stase intermittente qui donne encore les meilleurs résultats. Dans la plupart des cas, on laisse la bande environ une heure en place et on renouvelle l'application une ou deux fois par jour. Cependant, dans les affections douloureuses où l'hyperémie veineuse doit agir comme hypnotique, l'auteur ne craint pas d'appliquer la bande le soir et de la laisser toute la nuit.

Si quelques médecins se sont plaint des insuccès de la méthode, Bier croit que ceux-ci tiennent à une technique défectueuse.

La stase est produite par la conscriction incomplète de la bande d'Esmarck, de manière à n'arrêter que l'écoulement veineux, tout en s'opposant le moins possible à l'arrivée du sang artériel. On peut varier la stase en tirant plus ou moins fortement sur la bande de caoutchouc. Si la quantité de sang qui circule augmente dans la partie malade, on obtient la stase chaude qui provoque une sensation subjective et objective de chaleur dans la partie hyperémiée. Si la bande est appliquée plus serrée, la circulation est moins active et on a la stase froide, forme de stase qui n'a pas d'action thérapeutique et provoque des douleurs et des paresthésies. Il n'est pas toujours facile de régler la traction sur la bande pour obtenir la stase chaude. Aussi l'auteur a-t-il cru parvenir au résultat cherché en se servant du sphygmomanomètre de Riva-Rocci qu'on emploie à la place de la bande de constriction. Il commence par 3 ou 4 centimètres de mercure, jusqu'à ce qu'ilait atteint le point optimum, en général placé entre 6 et 10 centimètres.

L. Jumon.

Obstruction intestinale post-opératoire, par A. M. Pond (*American Medicine*, 30 janvier 1904). — D'après l'auteur, l'obstruction intestinale survient comme complication dans près de 5 0/0 de toutes les opérations abdominales. Cette obstruction reconnait plusieurs origines, et l'auteur admet les causes suivantes : le trouble de la fonction physiologique, la contracture, la parésie ou le trouble des nerfs moteurs, l'affaiblissement à la suite des hémorragies, l'atonie provenant de l'alcoolisme, du diabète, etc., les lésions pathologiques, telles que l'inflammation qui supprime la fonction physiologique, la destruction du péritoine pariétal, l'intoxication par le pus, la thrombose des veines mésenteriques à la suite des contusions., l'obstruction mécanique due à des adhérences avec le moignon non suffisamment

recouvert, les brides provenant du péritoine pariétal, la suture accidentelle de la paroi, la présence de tampons ou de corps étrangers laissés accidentellement après l'opération. D'après ce qui précède, on voit facilement que le traitement de l'obstruction intestinale post-opératoire dépend beaucoup de ses causes. Dans le cas où l'obstruction est due à un trouble de la fonction physiologique, on doit rétablir le péristaltisme par la stimulation de l'intestin, que l'on peut obtenir avec un certain nombre de médicaments. Un lavement simple ou médicamenteux est de beaucoup le mode de traitement le plus simple. Si le lavement ne réussit pas, on pourra essayer de réveiller les contractions de l'intestin par l'application de pointes de feu appliquées sur l'abdomen. L'emploi des cathartiques donne des résultats très incertains, puisque les nerfs qui provoquent le péristaltisme sont déjà lésés et qu'ils ne répondent que lentement à la stimulation. Celle-ci ne peut alors être obtenue qu'en augmentant beaucoup les doses du purgatif nécessaire pour obtenir une évacuation.

Les cathartiques sont absolument contre-indiqués dans les cas dus à des processus pathologiques. Le traitement doit consister alors à diminuer le péristaltisme et à assurer le repos de l'intestin. L'action sédative de l'atropine dans tous les états spasmodiques est bien supérieure à celle de l'opium qui a l'inconvénient de constiper. L'atropine dilate les vaisseaux sanguins et combat la stase et la congestion. L'emploi de l'oxygène est très utile en diminuant la formation des ptomaïnes.

Dans l'obstruction mécanique, le seul mode rationnel de traitement est d'ouvrir l'abdomen et d'examiner l'intestin par une nouvelle opération. Le pronostic est d'autant plus favorable que l'opération est faite plus tôt

L. Jumon.

Traitement de la fissure à l'anus (*Therapie der Gegenwart* déc. 1903). — Katzenstein recommande d'introduire une à deux fois par jour dans le rectum, le malade étant couché sur le côté, une mèche d'ouate, de l'épaisseur d'une aiguille à tricoter, imbibée de la solution suivante, préalablement chauffée :

Extrait de belladone.....	0 gr. 50
Chlorhydrate de cocaïne...	0 » 05
Ichthyol	6 gram.

Usage externe.

On pousse la mèche dans le rectum au moyen d'une sonde boutonnée, en évitant de toucher directement l'ulcération, si elle existe.

La guérison s'obtient au bout de 8 à 15 jours.

E. Vogt.

Les injections interstitielles de teinture d'iode dans le goitre par le Dr Baylin (de Louviers (*La Revue médicale de Normandie*, 25 janvier 1904). — Restant fidèle aux idées émises, par Luton et Duguet, l'auteur a recours aux injections iodées, aussi bien dans les formes kystiques que dans les formes parenchymateuses. L'évolution ultérieure dépend surtout de l'âge de la tumeur; si celle-ci est de date récente, la guérison est rapidement obtenue. Dans les goitres anciens, la guérison a été plus lente et parfois incomplète. Les résultats ont semblé plus favorables dans les formes kystiques. Dans les deux formes, et alors même qu'il s'agissait de cas anciens, le traitement a produit un bénéfice réel se traduisant par l'arrêt du goitre et sa régression partielle.

La teinture d'iode du Codex est suffisante et convenable, à la condition d'être récente. L'auteur se sert d'une seringue de Luer et fait les injections après avoir désinfecté la région et stérilisé l'instrument. L'aiguille sera enfoncée de préférence au centre de la tumeur, au point offrant le moins de résistance au doigt, en dehors des vaisseaux que l'on voit ramper à la surface, et en dehors, bien entendu, de la région des gros vaisseaux. Il est prudent de retirer la seringue avant de donner l'injection, pour s'assurer qu'il ne coule pas de sang et que l'on n'est pas engagé dans un vaisseau. Lorsque l'aiguille est tombée dans un kyste et que le liquide du kyste s'échappe, on peut le vider par aspiration et faire ensuite l'injection d'iode.

L'injection doit être poussée très lentement en surveillant le malade et en suspendant l'injection, si l'on observe des phénomènes trop douloureux. Souvent au cours de l'injection, le malade accuse une saveur métallique due à l'absorption de l'iode. Il n'est pas rare d'observer des irradiations dans les maxillaires, les dents, la nuque, les épaules. A la suite de l'injection, on observe souvent du gonflement, de la douleur qui gêne les mouvements de déglutition. Parfois, la réaction locale s'accompagne de fièvre générale se prolongeant de quelques heures à quelques jours. Puis, le goitre diminue, revient à ses dimensions antérieures et la régression s'accuse encore.

Le nombre des injections est très variable. Une seule peut suffire dans les cas récents et chez les sujets jeunes. Le plus souvent il en faut plusieurs. On attend que la réaction provoqué par une injection ait complètement cessé pour pratiquer une nouvelle injection.

L. Jumon.

Les rayons X et la thérapeutique du cancer (*La Presse médicale*, 3 février 1904). — Tuffier

estime qu'il faut, pour arriver à des résultats probants, ne pas regarder toute tumeur maligne comme justiciable d'un même traitement. Suivant le siège de l'épithélioma, le pronostic est absolument différent, la thérapeutique doit donc être différente aussi. Les traitements les plus variés réussiront contre les épithéliomas de la face, et échoueront le plus souvent s'il s'agit d'une tumeur de la lèvre ou surtout de la langue.

Pour l'auteur, l'état général du cancéreux est modifié : en effet, les greffes cancéreuses à distance pullulent facilement sur le sujet atteint d'épithélioma, mais on ne les voit pas se développer sur l'individu non cancéreux.

Pour les cancers de la peau, la radiothérapie semble une méthode précieuse : l'auteur donne la description, avec reproduction de deux photographies, d'un cas typique à cet égard. Un cancer de l'aile du nez et de la joue occupait 9 cent. carrés environ, profond de 1 cm. en certains points, datant de 10 ans, fut soumis au traitement par les rayons X : au bout de deux semaines, les hémorragies s'arrêtent; à la fin du premier mois, les douleurs disparaissent, et à la fin du deuxième, cicatrisation complète sans le moindre symptôme de radiodermite.

L'intérêt de cette observation se trouve surtout dans le fait que la quantité de rayons absorbée a été exactement calculée, grâce au chromoradiomètre de Holzknecht : a l'avenir il faudra, pour arriver à la posologie de la radiothérapie, toujours faire figurer dans les observations le degré de pénétration des rayons, la quantité de rayons absorbée, si l'on veut voir clair dans les résultats obtenus avec cette méthode.

Pour les cancers de haute gravité, les résultats sont malheureusement bien moins favorables. Le tissu malade devient plus souple, les douleurs disparaissent fréquemment, mais l'effet thérapeutique s'arrête là. Il faut, pour ces cas, mettre plutôt son espoir dans la sérothérapie, jusqu'ici inefficace, ou dans l'injection de substances chimiques.

Les sérums anticancéreux actuellement connus améliorent souvent, même notablement, dès la première injection, les néoplasmes les plus graves. Mais les injections suivantes ont moins d'action, et bientôt elles deviennent impuissantes et inutiles, et le tissu pathologique reprend sa marche envahissante, quelquefois avec une rapidité foudroyante.

Du reste, le premier sérum venu agit de même souvent. On peut même injecter successivement, chez un malade, des sérums différents, mais l'effet thérapeutique sera de moins en moins marqué.

En résumé, le traitement local suffit pour les cancers à évolution locale, et les effets encore peu connus de la matière radiante permettent à cet égard de grandes espérances. Mais, pour juguler les cancers à marche rapide, les cancers viscéraux, il y a lieu de recourir à une thérapeutique générale, encore inconnue jusqu'ici.

E. Vogt.

Note sur le traitement radiothérapique de la tuberculose ganglionnaire, par Frank Vale (*Médical News*, 30 janvier 1904). — Il s'agit d'un individu présentant d'abord une légère tuméfaction du côté gauche du cou. L'augmentation de volume a été lente, mais le malade a perdu de son poids. Il n'a jamais eu la syphilis mais deux de ses sœurs sont mortes de tuberculose. L'impression est qu'il s'agissait d'une adénite tuberculeuse. Cependant le diagnostic pouvait hésiter avec celui de la maladie de Hodgkin. Le malade fut soumis aux rayons X pendant quinze à vingt minutes deux fois par semaine. L'amélioration générale du malade fut très rapide ; en deux semaines, il gagna quinze livres et au bout de quatre semaines il avait recouvré son poids normal et ses forces. La tuméfaction ganglionnaire fut réduite de moitié. Désirant savoir la nature de la tumeur, l'auteur pratiqua une excision pour l'examen microscopique, qui montra l'existence d'une dégénérescence caséeuse avec tubercules isolés. Cependant sous l'influence du traitement les tuméfactions glanglionnaires disparurent entièrement et le malade augmenta encore de de poids.

Toutefois, dans la suite, le malade eut des accidents cérébraux, perte de goût, embarras de la parole, affaiblissement de la mémoire, exagération du réflexe rotulien gauche indiquant une lésion cérébrale, probablement de nature tuberculeuse. Or, cet état s'améliora et disparut sous l'influence d'un traitement radiothérapique portant sur la tête.

L. Jumon.

La termoéthérisation comme moyen de calculer la résistance d'un malade pour les conséquences de l'acte chirurgical, par le Dr A. Morales Perez (*Revista Médica de Sevilla*, 15 novembre 1903). — Dans la pratique chirurgicale on se trouve exposé à de terribles surprises. Souvent on opère un sujet qu'on croit capable de supporter parfaitement l'opération et ses conséquences et tout d'un coup on le voit tomber dans un profond collapsus et mourir; d'autres malades en revanche avec une apparence chétive résistent aux interventions chirurgicales avec une énergie dont on reste surpris.

Il faut avouer, dit le Dr Morales Perez, que nous ne possédons pas de dynamomètre permettant de mesurer la résistance du malade.

L'auteur estime qu'on peut arriver à un résultat satisfaisant en prenant comme guide les phénomènes observés au cours de l'inhalation de l'éther chaud Quand il doit opérer une hernie étranglée, un grand traumatisme ou des sujets affaiblis par des longues souffrances, il fait monter la température de l'appareil à éthérisation à 32° ou 40°.

Comme l'éther est un excellent thermogène et bout à 36°6, il se fait une grande production de vapeurs à une température supérieure à celle du corps humain, ce qui détermine une *fièvre artificielle* de deux degrés à deux et demi.

Ce phénomène observé plusieurs fois par l'auteur dans les expériences sur les animaux et dans ses opérations sur l'homme, lui a permis de connaître la réaction de l'organisme de l'opéré. On peut poser comme règles :

1° L'éther chaud à 39° ou 40° détermine une augmentation du nombre des pulsations et de la température (deux degrés et demi au-dessus de la normale);

2° Chez les malades qui ont perdu de leur résistance organique ces réactions ne se font pas; il faut dans ce cas faire un très fâcheux pronostic et déconseiller l'opération ;

3° Les malades affaiblis, qui présentent les réactions notées dans la première conclusion, peuvent être opérés avec confiance, car le résultat favorable est la règle.

F. Bérini.

Contribution à l'étude de la narcose combinée morphine-scopolamine (*Deutsche med. Wochenschrift*, 17 décembre 1903). — Volkmann revient sur la méthode préconisée pour la première fois par Schneiderlin en 1900. On connaît jusqu'ici 280 applications de ce procédé, auxquelles l'auteur ajoute 17 observations personnelles, concernant des laparotomies, des gastrostomies, des opérations radicales de hernies, etc.

Les doses employées sont un peu différentes de celles recommandées par Schneiderlin. Volkmann injecte quatre heures avant l'intervention 0 gr. 0012 de bromhydrate de scopolamine et 0 gr. 015 de morphine : deux heures plus tard, il injecte à nouveau la même dose et 1/4 d'heure avant l'opération 0 gr. 0003 de scopolamine et 0 gr. 005 de morphine. Chez des vieillards, les doses ne furent que les 3/4 de celles indiquées : dans d'autres cas, la première injection fut faite de trois à deux heures, la seconde 1/4 d'heure avant l'opération.

Dans trois cas, la narcose fut complète : dans les autres, on fait inhaler pendant l'intervention, de l'éther goutte à goutte (en moyenne 40 gr. en une heure). Ce procédé est bien préférable à celui qui cherche à obtenir la narcose complète sans éther, par augmentation des doses d'alcaloïdes.

Les injections ont toujours été fort bien supportées : quant à la narcose, elle se passe d'une façon plus parfaite : on n'observe ni mouvements de déglutition, ni vomissements, ni râles trachéaux, ni phénomènes asphyctiques : le pouls et la respiration restent normaux. Chez une femme, déjà laparotomisée deux fois avec narcose par l'éther et le chloroforme, et qui chaque fois avait présenté des accidents asphyctiques graves, une troisième narcose à la morphine-scopolamine se passe sans encombre.

Dans un seul cas, on observa une étude d'excitation léger ; il s'agissait d'une hystérique. On sait que cette catégorie de malades supporte mal la scopolamine.

Une demi-heure après la première injection, commence un sommeil léger, qui devient peu à peu profond : après la seconde injection, la perte du sensorium est complète, et une demi-heure plus tard, l'anesthésie se manifeste à son tour : cet état dure 6 heures environ (temps limite 3 et 8 heures), et s'accompagne de mydriase plus ou moins marquée. La résolution musculaire n'est jamais complète, mais on l'obtient au cours de l'opération, grâce à l'éther. Dans la plupart des cas, le nombre des pulsations augmente, ainsi que la pression sanguine. Les modifications des fonctions pulmonaire, intestinale, rénale, sont peu marquées. Pendant 1 ou 2 jours, les malades se plaignent de sécheresse de la gorge (scopolamine).

La morphine étant plus toxique que la scopolamine, ce sont ses effets qu'il faut surtout surveiller.

Les avantages de la méthode ne sont pas contestables pour l'opéré ; pas de masque, pas d'appréhension, etc. Le sommeil qui suit l'injection ressemble absolument au sommeil naturel, et son intensité augmente graduellement : le réveil n'offre aucun inconvénient, et ne se manifeste que quelques heures après la fin de l'opération. Le sujet échappe ainsi aux douleurs qui apparaissent si fréquemment au moment du réveil, quand on utilise la narcose classique. Pour l'opérateur, la prolongation de la narcose est un très grand avantage, car elle permet de procéder sans aucune appréhension a des interventions longues et minutieuses.

La scopolamine augmentant la pression sanguine, il est beaucoup plus facile de pratiquer

une hémostase exacte qu'avec les autres procédés (chloroforme surtout).

L'absence de vomissements (l'auteur ne les a observés que 4 fois), permet de faire boire les opérés beaucoup plus tôt qu'avec les autres procédés de narcose.

On a objecté à la méthode la nécessité d'une surveillance prolongée de la part du médecin, l'opéré ne se réveillant que tardivement et la première injection se faisant longtemps avant l'opération. L'auteur s'est toujours contenté de confier cette surveillance à une garde expérimentée et n'a jamais eu aucune alerte. On peut, du reste, ainsi que le démontrent les derniers essais de l'auteur, faire la première injection deux heures seulement avant l'intervention : les résultats ont paru plus favorables encore.

L'auteur n'a opéré que des femmes avec ce genre de narcose : il estime que les doses devront être quelque peu augmentées pour les hommes.

E. Vogt.

Pansements à l'alcool (*Deutsche med. Wochenschrift*, 11 février 1904). — Wohl recommande le procédé suivant : On place sur la plaie des compresses de gaze, ou des bandes, s'il s'agit d'un membre, bien imbibées d'alcool : le pansement doit dépasser les limites de la région en traitement. On recouvre d'une substance imperméable.

Le premier pansement sera toujours fait avec de l'alcool à 90-95° ; on ne prescrira jamais d'alcool au-dessous de 70°. L'action anesthésique est très remarquable, de même que l'action bactéricide. Un pansement ne devra pas rester plus de 24 heures en place, et dans les cas graves on le changera toutes les 12 heures.

E. Vogt.

Maladies des Voies digestives

Dr Soupault

Médecin des hôpitaux

Traitement d'un rétrécissement pylorique par la thiosinamine (*Deutsche med. Wochenschrift*, 18 février). — Hartz rappelle que divers auteurs ont utilisé les propriétés de la thiosinamine, qui produit sur le tissu conjonctif fibreux cicatriciel une action ramollissante marquée. Jusqu'ici cette action n'a été expérimenté que sur des cicatrices externes, sur la rétraction de l'aponévrose palmaire, etc. L'auteur croit être le premier à avoir administré la thiosinamine dans un cas caractérisé de rétrécissement du pylore.

Il s'agit d'un homme de 56 ans, souffrant depuis vingt ans de troubles stomacaux, atteint de rétrécissement cicatriciel du pylore, avec dilatation et insuffisance motrice consécutives. Les accidents (vomissements, ballonnements, etc.), atteignirent un tel degré, que la question de la gastroentérostomie fut agitée. C'est à ce moment (23 octobre 1903), que l'auteur commença à procéder aux injections de thiosinamine (solution alcoolique à 15 0/0). Ces injections ne furent pas faites dans la cicatrice, comme lorsqu'il s'agit de tractus fibreux facilement accessibles, mais dans la *région dorsale, sous la peau*, à la dose d'une demi-seringue de Pravaz la première fois, d'une seringue les fois suivantes (2 injections par semaine).

Le 10 novembre, le malade sent que les aliments commencent à passer plus facilement le pylore : la constipation disparaît. On essaie d'injecter 1 1/2 seringue à la fois, mais cette dose est mal supportée et on revient à une seringue : le traitement est continué sans encombre et le 11 décembre, le malade mange tous les aliments sans aucune difficulté et a retrouvé tout son entrain et sa vigueur. On continue néanmoins ce traitement.

Il semble bien que la thiosinamine ait exercé ici des effets inespérés : il ne saurait être question de suggestion dans un cas si grave, soumis sans succès aux traitements les plus divers. Le traitement n'est pas douloureux.

L'auteur estime qu'en gynécologie, en cas de synéchies pleurales, etc , il y a lieu d'essayer cette médication.

E Vogt.

Un cas d'ulcère gastrique double perforant, par M. L. Lowell (*in British Med. Journal*, 5 décembre 1903). — Il s'agit d'un cas de mort foudroyante, vingt deux heures après l'apparition des premiers symptômes, chez une jeune fille de 16 ans, jusque-là en bonne santé apparente. Sans doute le diagnostic médical n'eût pas permis avec certitude le diagnostic de la lésion vérifiée à l'autopsie, qui était une perforation presque exactement symétrique de la paroi antérieure et de la paroi postérieure de l'estomac dans sa portion voisine du cardia. Perforations de grande dimension, l'une en voie de guérison, l'autre, l'antérieure, plus récente. Il n'y a pas à douter qu'avec une incision de petite dimension, la perforation antérieure ayant été traitée, celle qui se dérobait à la vue eût échappé à l'opérateur. Il serait donc indispensable, tout d'abord de faire la laparotomie

exploratrice plus souvent, lorsqu'on a lieu de redouter cette complication chez les jeunes femmes. M. Lovell cite en effet une nouvelle autopsie qu'il vient de faire dans des circonstances aussi tragiques, où la malade mourut dix heures après s'être sentie malade. D'autre part on ne doit jamais fermer le ventre sans avoir soigneusement vérifié si l'on a affaire à une *perforation simple ou double*, par l'examen des deux faces de l'estomac.

A. Benoit.

Le traitement de la périthyphlite, par le Pr P.-K. Pel (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 13 février 1904). — Dans ce bel article, où la connaissance la plus approfondie de la bibliographie universelle et le sens critique de l'auteur, se montrent dans toute leur puissance, le Pr Pel, directeur de la clinique universitaire médicale d'Amsterdam, expose des idées relativement au traitement de l'appendicite. Il se place à un point de vue strictement pratique, et recommande au début de la maladie, le repos au lit, peu de nourriture, d'ailleurs exclusivement liquide, les applications de glace sur les parties douloureuses de l'abdomen, et l'administration d'une dose suffisante d'opium.

Il développe soigneusement ces divers points. Les applications de glace doivent toujours être faites de manière à ce que le ventre ne subisse pas un poids trop lourd; si le froid ne peut être supporté, on peut avoir recours aux enveloppements humides de Priessnitz ou aux cataplasmes, en prenant les mêmes précautions quant à leur poids. Le plaidoyer en faveur de l'opium est poussé fort loin. Malgré les critiques que l'emploi de ce médicament a fait naître, M. Pel est tout à fait convaincu de son énorme utilité et du grand danger qu'offre, au début de la périthyphlite-appendicite, la médication purgative.

La crainte de voir l'opium donner une euphorie fallacieuse, qui détournerait de l'intervention chirurgicale, au moment où celle-ci serait nécessaire, ne lui semble pas fondée, car le tableau clinique est suffisamment tranché, même en dehors de l'élément douleur, pour qu'un médecin attentif puisse se guider d'après lui. Quant à l'argument d'après lequel l'intestin paralysé par l'opium, se prêterait à des fermentations plus fortes et à une résorption plus active, il repose uniquement sur des vues de l'esprit. M. Pel, quoi qu'il ait tenu souvent ses malades pendant huit jours sous l'influence de l'opium, n'a jamais rien constaté d'analogue. L'expérience clinique réduit à néant les accusations portées contre la médication opiacée.

La méthode purgative a fait son temps, depuis que l'on sait que la typhlite stercorale est rarement le point de départ de la maladie: celle-ci est à l'appendice, dans lequel il est dangereux de provoquer des tiraillements et des augmentations de pression. En pratique, l'administration des purgatifs s'accompagne de grandes difficultés, sinon de dangers, parce que fréquemment elle s'accompagne de vomissements, de douleurs. L'auteur prend particulièrement à partie l'opinion de Bourget, qui conseille l'huile de ricin, le salacétol et l'huile d'olives, les lavages ichthyolés, et l'appelle « tout le contraire de recommandable et rationnelle ».

Quant à l'intervention chirurgicale, elle est inutile dans la grande majorité des cas. L'auteur est tout à fait d'accord sur ce point avec sir Frederick Treves. L'opération précoce, tout au début de la maladie, avant que l'organisme n'ait subi le contre-coup de la maladie, peut être recommandée dans les cas, où le diagnostic a été posé dans les premières 24 heures, mais ces cas sont naturellement exceptionnels, surtout chez l'enfant.

L'opération d'appendicectomie à froid, même dans les cas d'appendicite larvée est judicieuse et recommandable. L'opération pour ouverture du phlegmon formé au cours de la deuxième ou troisième semaine est aussi nécessaire; il est souvent dangereux d'intervenir avant ce moment.

Quant à l'intervention chirurgicale dans tous les cas, telle qu'elle a été recommandée par plusieurs médecins et chirurgiens français, Pel la rejette absolument, parce que cette ligne de conduite n'est pas suffisamment motivée d'après lui, parce qu'elle s'accompagne de dangers, et que l'expérience acquise au moyen de traitements plus anodins démontre qu'elle n'a pas de raison d'être.

R. Wysaew.

Appareil pulmonaire
Cœur et Vaisseaux

Dr G. Lyon

Ex-chef de clinique à la Faculté de Médecine.

L'asthme cardiaque, par Merelen (*Journal de Médecine interne*, n° 4, p. 51, 1904). — L'accès d'asthme se composant de trois éléments principaux — la dyspnée nerveuse spasmodique, la stase pulmonaire, l'asthénie cardiaque, la thérapeutique doit s'adresser à chacune d'eux.

Le plus important est la stase pulmonaire.

La première indication est de couvrir la poitrine de sinapismes et de ventouses sèches et scarifiées. Si l'accès est intense, on pratiquera une saignée générale. Le malade emploie quelquefois un procédé instinctif qui consiste à s'asseoir sur le bord de son lit, les jambes pendantes, ou même debout, afin de retenir la plus grande quantité de sang veineux dans les membres inférieurs.

La seconde indication sera l'élément nerveux: on y répond par l'emploi à petites doses de la morphine (1/4 ou 1/2 centigr. à la fois, en injection), associé à celui des cardio-toniques: éther, huile camphrée et caféine. Les inhalations d'éther à haute dose sont souvent efficaces.

On arrive encore à soulager les malades par de petites doses de trinitrine de (1 à 3 gouttes de la solution alcoolique au 100°), ou encore en leur faisant prendre quelques gouttes d'éther.

La troisième indication vise l'emploi des cardio-toniques, lequel vient d'être indiqué.

On peut associer dans la même potion la morphine et la caféine.

Dans le traitement préventif, l'hygiène et le régime tiennent la première place. Le malade doit éviter les refroidissements, fatigues, émotions, écarts alimentaires. Il sera soumis au régime déchloruré et pesé regulièrement.

Il prendra de la théobromine à la dose quotidienne de 0 gr. 60 à 1 gramme. Il sera utile d'associer de temps à autre à ce médicament, la digitaline à la dose d'un quart de milligr. par semaine ou à raison d'un dixième de milligramme par jour.

Or, Merklen recommande de plus comme toniques et calmants les injections de sérum de Trunecek, les préparations de valériane, de bromure et même de chloral (26 à 30 centig.), enfin les petites doses d'iodure de caféine.

G. Lyon.

Ponction du péricarde dans deux cas de péricardite avec épanchement, par W. A. Boekelman (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 6 février 1904). — L'auteur donne en détail l'histoire clinique de deux malades, atteints de péricardite avec épanchement; la ponction fut nécessaire, mais le liquide se reproduisit rapidement, et la résection costale fut effectuée avec des résultats excellents. L'article contient l'historique détaillé de la technique des ponctions péricardiques et leurs indications.

R. Wybauw.

La contention dans l'état variqueux, par le Dr Censier (*Journal de Physiothérapie*, 15 février 1904). — Trop souvent le médecin consulté par un variqueux lui donne le conseil sommaire et simple de porter un bas élastique, mais pour être utile au malade il faut se rendre compte de la déviation de l'équilibre physiologique et des moyens à employer pour le rétablir. Ainsi, notre confrère donne-t il quelques préceptes de pratique très simples et il est d'autant mieux autorisé à le faire qu'exerçant à Bagnoles-de-l'Orne, il a eu depuis longtemps à soigner un grand nombre de variqueux.

Donc, la contention des varices doit, d'après lui, avoir pour but de compenser la vitalité de résistance insuffisante de la paroi veineuse considérée soit en elle-même, soit vis-à-vis d'une dynamie, supérieure à une vitalité de résistance même normale. Les moyens de contention doivent se borner à deux : la contention élastique, et la contention non élastique, mais toujours concernant au moins un élément de souplesse.

La contention élastique se réalise par deux procédés: l'application de la bande élastique ou l'usage du bas élastique.

L'application de la bande élastique serait le moyen le plus précis s'il était parfaitement exécuté: le fait que cette précision physiologique est très délicate à réaliser même par une main instruite et exercée doit limiter considérablement l'emploi de ce moyen, sinon le faire proscrire absolument.

Le bas élastique est le moyen le plus pratique, le plus usuel, le meilleur aussi dans la majorité des cas s'il est basé sur une juste appréciation du desideratum d'ensemble à obtenir : cette appréciation est du domaine médical, et c'est entre le client et le médecin, surtout au moins entre le client et un praticien instruit et exercé, que doit être discuté et arrêté le choix du bas, en tant que longueur et résistance du tissu. L'usage de bas de résistances diverses peut être utile à certains individus, suivant leurs occupations variées.

Le choix de la résistance d'un tissu doit être basé sur l'appréciation de la force musculaire individuelle, de l'emploi journalier ou plus ou moins rare de cette force musculaire pour le cas où l'usage de bas de résistances diverses doit être décidé.

Le bas ne doit jamais serrer les parties molles pendant le repos musculaire; il doit seulement envelopper et soutenir, réservant son action pour la lutte contre une intervention dynamique nocive.

Les bandes souples en crêpe sont réservées dans les cas où ce bas élastique est mal toléré, lorsque son application est entravée par la présence d'œdèmes variables. Sur les parties osseuses on interposera une couche d'ouate

qui peut être utile même avec le bas élastique dans certains cas.

La contention s'exercera toujours en décroissant de l'extrémité inférieure vers le haut du membre, elle sera un peu serrée dans les régions peu musclées où les vaisseaux sont relativement protégés.

On donnera la préférence au bas à couture ou à lacets, afin de pouvoir corriger les déformations de la fatigue.

L. Jumon.

Disposition du sac de caoutchouc dans le traitement de la pneumonie, par S. T. Beggs. (*British Med. Journ.* 27 février 1904). — Le Dr Lees en 1903 a insisté sur les difficultés qu'il y a de se servir du sac de caoutchouc dans le traitement de la pneumonie et qui résultent notamment du malaise causé au malade lorsque le sac doit être appliqué à la partie postérieure du thorax, de la mise en place du sac, et de la facilité avec laquelle le liquide s'échappe.

Pour vaincre ces difficultés, il faudra d'après Beggs, observer les points pratiques suivants :

Le sac de glace peut être rendu d'un usage plus confortable en mélangeant la glace finement cassée à de l'étoupe ou du coton, ce qui permettra de placer le sac plus près de la peau sans incommoder. Ce dispositif empêche encore les parois du sac d'être détériorées par les fragments de glace. L'emploi du matelas à air ajoute encore au confort du patient, parce qu'il offre moins de résistance que le matelas ordinaire au niveau du sac.

Le sac de glace peut être maintenu en position en se servant d'une camisole de tissu spongieux à manches, et que l'on fixe à l'aide de cordons. On maintient le sac en passant la partie de l'ouverture à travers une échancrure faite à la camisole et en la fixant à l'aide de cordons. Cette camisole maintient d'ailleurs la chaleur de la peau et favorise la dérivation du sang de la région congestionnée. Il est facile encore de maintenir le sac de glace dans sa forme lorsqu'on doit l'appliquer sur les côtés de la poitrine.

La fuite du liquide est souvent due à un fragment pointu de glace qui perce le caoutchouc. On évite cet inconvénient en réduisent la glace en fragments menus, en garnissant la face interne du sac avec de l'ouate et en se servant d'un matelas à air.

On rendra la fermeture étanche en plaçant entre la vis et l'écrou un peu de soie huilée avant de visser le bouton. Enfin, il est bien de placer quelques feuilles de papier buvard entre le sac et la peau.

L. Jumon.

Traitement de la tuberculose pulmonaire (*Therap. Monatshefte*, février 1904). — Kassel recommande de saturer l'atmosphère d'un local où se tient le tuberculeux de vapeurs obtenues par évaporation du mélange suivant :

Soufre sublimé.....	85	grammes
Essence d'eucalyptus.	7	—
Charbon de tilleul....	10	—

La dose variera par séance, suivant le cubage de la pièce, de 3 à 8 grammes : on dépose cette quantité dans une cupule en porcelaine, sous laquelle on place une feuille de carton d'amiante : le tout est supporté par un trépied et chauffé avec une flamme de gaz. On évite, de cette façon les températures trop élevées qui donneraient naissance à de l'acide sulfureux.

Au début, les séances n'excèdent pas 10 minutes : on recommandera d'en faire deux par jour.

L'auteur se garde d'attribuer à cette méthode une valeur curative, mais il a observé dans tous les cas un relèvement de l'appétit, une disparition progressive de la toux et des sueurs nocturnes.

E. Vogt.

L'insuffisance respiratoire : traitement par la gymnastique et la rééducation respiratoires (*La Presse médicale*, 27 février 1904). — Rosenthal rappelle que la plupart des médecins ne soupçonnent pas l'influence qu'une respiration anormale peut exercer sur la santé générale : la gymnastique respiratoire démontre, par les effets qu'elle produit, l'importance de cette question dans nombre d'affections.

La gymnastique respiratoire consiste en une série d'exercices de respiration surveillés par le médecin ; ces respirations sont faites dans diverses attitudes, accompagnés de mouvements passifs ou actifs des membres. Jusqu'ici la plupart des auteurs envisageaient cette gymnastique surtout au point de vue des affections pulmonaires ; l'auteur veut lui donner une importance plus générale.

En premier lieu, il faut poser en principe que la respiration *doit être uniquement nasale* : or en examinant les sujets à ce point de vue, on voit que beaucoup d'entre eux sont incapables de respirer par le nez, que d'autres peuvent faire deux ou trois respirations nasales, mais que bientôt il continuent à respirer selon le type mixte naso-buccal. Parmi ceux qui ne respirent que par le nez, quelques-uns n'utilisent qu'une seule narine : cette respiration unilatéral devient tôt ou tard insuffisante.

En outre, le diaphragme peut être insuffisant lui aussi, laissant s'établir la congestion des

bases, bientôt suivie de broncho-pneumonie hypostatique.

La gymnastique respiratoire rationnelle, médicale, en s'adaptant à tous ces cas, doit donc prendre une place importante au milieu des médications physiques.

L'auteur précisera les indications thérapeutiques et les résultats obtenus dans un prochain article.

E. Vogt.

Maladies du système nerveux

Dr P. SAINTON

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine.

De l'élongation nerveuse dans la maladie de Raynaud, par Dr Bovis (*La Semaine médicale*, 17 février 1904). — La gangrène symétrique des extrémités est, pour l'auteur, susceptible d'un traitement chirurgical : 2 observations le démontrent.

1° Femme de 49 ans, avec asphyxie des doigts, petits panaris sous-unguéaux. On fit des deux côtés l'élongation du cubital et du médian au poignet : guérison définitive des troubles trophiques.

2° Femme de 35 ans : cas beaucoup plus grave : coques de sphacèle sur presque tous les doigts des deux mains, avec douleurs violentes chaque nuit ; pas de troubles de la sensibilité.

Opération. Elongation des trois nerfs, cubital, médian, radial, amputations des extrémités digitales sphacélées.

Le résultat de l'intervention fut de soulager beaucoup la malade : peu à peu, elle put travailler dans son intérieur, ce qu'elle avait cessé de faire depuis plusieurs années : les cicatrices sont en excellent état, il n'y a plus trace de troubles trophiques, les douleurs ont disparu.

Ces deux observations incitent l'auteur à conseiller dans tous les cas de maladie de Raynaud, le traitement suivant : Propreté extrême des mains, frictions alcoolisées et camphrées ; dès que l'état local est amélioré, on procèdera à l'élongation nerveuse. Celle-ci, sans guérir radicalement la maladie, donne des améliorations évidentes. Dans les cas de gangrène, on ne peut espérer de *restitutio ad integrum*. Les douleurs peuvent ne pas disparaître. Mais l'élongation sera d'un grand secours contre le trouble trophique concourant à l'apparition des escarres ; elle n'agira pas, d'un autre côté, sur les troubles vasomoteurs. Les mains, dans les deux cas cités, sont restées froides, avec une teinte subcyanotique. On fera donc bien, après l'opération, de continuer à exciter la circulation sanguine par les frictions, les bains, etc.

E. Vogt.

De la nécessité de traiter d'une façon active et précoce les hystériques dans les services hospitaliers, par Gilbert Ballet (*Bulletin médical*, n° 12, p. 129, 1904). — Après avoir montré que les hystériques sont trop souvent négligés dans les services hospitaliers, M. Ballet donne les conseils suivants :

En ce qui concerne le traitement de l'hémiplégie, le traitement électrothérapique est utile à la condition que le médecin lui associe son influence personnelle, c'est-à-dire la suggestion, et que le traitement soit aussi précoce que possible ; car plus l'hémiplégie est ancienne, plus elle résiste ; que l'habitude soit consciente ou inconsciente, c'est une habitude, et, comme telle, résistante quand elle est invétérée.

Le procédé le meilleur en cas de paralysie, sinon en cas de contracture, c'est l'électricité sous la forme d'électricité faradique. Il faut l'appliquer de telle sorte qu'on procède en même temps à la rééducation motrice.

On place les deux réophores sur les muscles fléchisseurs de l'avant-bras, par exemple ; les muscles entrent en action, les doigts se fléchissent sur la main. On attire alors l'attention du malade sur le mouvement qui se produit, en l'invitant à constater par lui-même que les muscles se contractent parfaitement. Puis on l'invite à faire l'effort mental nécessaire pour reproduire ce mouvement. Il est bien rare que le patient ne s'aperçoive pas que le mouvement en question qui, tout à l'heure était impossible, est maintenant réalisable en totalité ou en partie. Le résultat s'obtient vite ou lentement, mais, en insistant, même sur le ton impératif, on doit toujours y parvenir.

Quand on a agi de la sorte sur un groupe de muscles, on passe à un autre groupe : aux extenseurs des doigts, aux fléchisseurs de l'avant-bras sur le bras, aux élévateurs de l'épaule. Comme précédemment, on provoque d'abord le mouvement avec le courant faradique, puis on le fait ensuite exécuter spontanément.

Contre la paralysie des membres inférieurs on procède de la même façon : le malade étant couché, on faradise le quadriceps crural, par exemple, puis on fait exécuter spontanément le mouvement de flexion de la cuisse sur le bassin ; on passe ensuite à un autre groupe de muscles ; ainsi, peu à peu, on rééduque les mouvements simples, ensuite les mouvements combinés...

Même mode de rééducation dans le cas des troubles de la sensibilité, on commence par créer une zone de sensibilité, ce qui s'obtient d'ordinaire en laissant le pinceau en place sur le même point jusqu'à ce que le malade déclare sentir le courant. Puis on agrandit la zone en promenant le réophore autour de ses limites...

G. Lyon.

La céphalalgie due à des nodosités et son traitement (*Volkmann Klin. Vortræge*, n° 361, 1903). — Auerbach donne une description minutieuse d'une forme peu connue de céphalalgie, caractérisée par la durée et l'intensité de la douleur, avec début presque constant dans la région occipitale, avec irradiations vers le dos et les épaules. La douleur continue pendant la nuit, mais les nausées et les vomissements sont exceptionnels.

Quand on examine un malade atteint de cette affection, on trouve dans le tissu cellulaire sous-cutané de la région, ainsi que dans l'aponévrose de l'occiput et dans la région de la nuque, des nodosités dont la taille varie de celle d'un grain de mil à celle d'un pois, très douloureuses à la pression. Sur le sommet du crâne, les nodosités sont plus aplaties, mais plus grandes.

Cette affection se développe dans l'âge mûr, elle a pour cause première le refroidissement, et son seul traitement efficace est représenté par le massage. Les premières séances, très douloureuses, provoquent une exacerbation du mal, et la situation exige l'administration d'antinévralgiques et de narcotiques. Mais au bout de 8 à 10 séances, les douleurs dues au massage disparaissent, et vers la troisième semaine l'amélioration commence. La durée totale du traitement, pour arriver à la guérison, n'excède pas trois mois.

Si la chose est possible, le sujet abandonnera ses occupations pendant les deux premières semaines de la cure. On défendra les liquides alcooliques, on lavera les cheveux le moins possible et on les séchera à fond. Les massages seront quotidiens, de 15 à 25 minutes de durée : le menton doit être appuyé sur une table pour éviter l'ébranlement de la tête. Il est bon de faire précéder chaque séance par l'application, pendant 1 à 2 heures, de thermophores ou cataplasmes.

Le massage, fait avec la main, sans addition de corps gras, débute par un effleurage énergique des muscles de la nuque et des épaules : ensuite, on fait un pétrissage. Ensuite, effleurage très énergique du sommet du crâne, de chaque côté de la suture sagittale. On termine par le front.

Le sujet se repose pendant une demi-heure après la séance.

E. Vogt.

Maladies vénériennes
Maladies de la Peau

Dr MOREL-LAVALLÉE

Médecin des Hôpitaux.

Les teignes cryptogamiques et les rayons X, par Sabouraud (*Rev. prat. des mal. cutanées*, 1er février 1904) — L'auteur donne une formule de traitement, basée sur l'emploi d'appareils spéciaux qu'il décrit.

Les résultats obtenus sont les suivants :

Un cuir chevelu dont une région à été traitée suivant la formule ne montre rien d'immédiat. Vers le 7e jour se produit sur la région isolée un érythème à peine perceptible, qui disparaît quatre jours plus tard, et est remplacé par une pigmentation si faible qu'il faut la rechercher pour la voir. A partir du quinzième jour, sur toute l'aire du cercle isolé, les cheveux tombent sans aucun effort de traction. En quelques jours, la dépilation est complète. L'auteur a l'habitude de l'activer par des savonnages quotidiens, suivis d'une friction douce avec une liqueur faiblement salée pour assurer l'antisepsie de surface.

Il ne faudrait pas croire que les rayons X agissent comme parasiticides. Ils ne tuent pas le trichophyton. Les dernières parcelles de cheveux malades qu'on recueille à la surface de la peau au moment de leur expulsion sont encore infiltrées de parasite vivant.

On comprend dès lors, au cours de ce traitement, la facilité de réinoculation sur des aires non traitées de la même tête. Ce fait explique la nécessité d'une antisepsie constante du cuir chevelu depuis l'opération jusqu'à la période de déglabration constituée. On fera donc une friction quotidienne de tout le cuir chevelu avec une teinture d'iode étendue de 5 fois son volume d'alcool.

La repousse des cheveux est lente : elle devient visible ordinairement au cours de la 7e semaine après la dépilation, au cours de la 10e semaine après l'opération : dans les cas normaux, elle est à peu près complète deux mois après qu'elle a commencé.

Il faut employer, pour provoquer la dépilation, des rayons X d'une pénétration moyenne; moins pénétrants, ils pourraient être nuisibles à l'épiderme.

La méthode donne 5 à 10 0/0 d'échecs relatifs, principalement dus à 3 causes :

1° Une dépilation insuffisante sur 1 ou 2 points et qui laisse quelques cheveux malades sans les faire tomber.

2° Un oubli opératoire réservant un îlot de cheveux malades difficiles à voir, et dont on s'aperçoit quand la guérison du reste est obtenue.

3° Quelques réinoculations en cours de traitement.

Malgré ces quelques cas, les résultats sont fort avantageux, puisque, avec les rayons X, le traitement des teignes cryptogamiques (teigne tondante et teigne faveuse) tombe en ce moment à 3 mois, au lieu de 18 mois avant le traitement par ces rayons.

E. Vogt.

Traitement du carcinome cutané au moyen des Rayons X. Discussion à la Société neerlandaise d'électrothérapie et de radiographie, (*Nederlandsch tydschrift von Geneeskunde*, 1904, n° 2, page 97, séance du 29 novembre 1903). — Meijers présente à la Société deux malades atteints de carcinome cutané, qu'il traita au moyen des rayons X. Le premier, âgé de 80 ans, avait un ulcus rodens de la joue, existant depuis trois ans, mais dont l'extension était devenue beaucoup plus rapide depuis un an. Les ganglions n'étaient pas gonflés. Le traitement au moyen de pommades diverses resta inefficace. Après 30 séances de rayons X, le bord infiltré de l'ulcère avait disparu, et la plaie était recouverte d'épithélium normal. Cet état de guérison relative dure depuis deux mois et demi. La nature de l'affection a été confirmée par les préparations microscopiques. Le deuxième malade, âgé de 58 ans, présentait une petite tumeur épithéliomateuse sous l'œil gauche, ulcérée à son sommet. Le traitement la fit disparaître complètement. Une autre tumeur dure, recouverte d'épithélium, résista. Lorsqu'elle fut extirpée, on reconnut par l'examen microscopique la nature carcinomateuse. Peut-être la différence des résultats du traitement sur les deux variétés d'épithélioma tient-elle à une différence de nature des cellules dans lesquelles elles ont pris naissance. Il est impossible de dire d'avance si le traitement par les rayons Rœntgen donnera des résultats ou n'en donnera pas.

Au cours de la même séance, Broers déclare avoir soumis 4 cas d'ulcus rodens aux rayons X. L'un d'eux est guéri depuis quelques jours ; les autres ont présenté des récidives après une guérison apparente.

Le Pr Wertheim Salomonson a vu guérir un cas, sans récidive ; 3 cas sont en traitement et s'améliorent ; un quatrième s'aggrave au contraire manifestement. Bollaan, Gohl, Meijers, Timmer ont observé plusieurs cas, en tout 9 malades, dont 3 présentèrent des récidives après une période de guérison ; 2 cas guérirent sans récidive au bout d'un an. Les autres donnèrent des résultats moins favorables.

Quant aux résultats du traitement du carcinome des organes internes, ils sont peu encourageants : Meijer (un cancer de la langue), Bollaan (id. du pharynx et du sein), Ejikman (id. du sein, guérissant localement mais entraînant une métastase mortelle dans le foie), Timmer (id. de la joue), Kuipers (id. du larynx) sont d'accord sur ce point. Ils ont observé plusieurs fois que les Rayons X amendèrent notablement le symptôme douleur ; Baudet a eu d'heureux résultats en traitant un carcinome inopérable du sein, mais il prend soin de diminuer la force des radiations aussitôt que la malade se plaint de sensations de brûlures ou d'excitation cutanée.

A la fin de la discussion, Meijers résume la question : malgré l'inconstance des résultats obtenus, il y a lieu, ainsi que le conseille von Bergmann, d'employer les rayons X pour traiter le carcinome, parce que, dans presque tous les cas, ils agissent favorablement sur les symptômes pénibles.

R. Wybauw.

Leçons sur l'eczéma et son traitement, par Arthur Whitfield (*The Practitionner*, mars 1904). — Le traitement de l'eczéma dépendra de l'origine de la maladie, dans l'étiologie de laquelle l'état général, le système nerveux ou l'intoxication peuvent jouer tour à tour un rôle. Dans le premier cas, le changement d'air et de climat apporte souvent un grand soulagement, mais il faudra toujours éviter les vents froids et l'air de la mer.

Si la toxémie constitue le principal facteur de la maladie on pescrira un régime très simple ; chez les goutteux, le colchique ou les salicylates peuvent être utiles. La quinine est indiquée dans les cas où le système circulatoire est très excitable comme dans l'urticaire. Le fer conviendra dans les eczémas torpides.

On recherchera l'existence de toutes les causes locales ou externes d'eczéma pour les combattre,

Le traitement local sera institué selon l'état de la peau. Les lotions et les poudres conviennent surtout dans le stade aigu érythémateux

et papulo-vésiculeux. Si l'eczéma affecte des régions où les sécrétions sont abondantes, comme les pieds ou les aisselles, on peut employer la poudre d'oléate de zinc.

Parmi les lotions, l'auteur recommande l'eau blanche, l'ichthyol à 3 0/0 dans l'eau et en application continue. Dans le stade chronique, il fait largement usage de la pâte de Lassar, oxyde de zinc, amidon et huile d'olive. Dans les formes suintantes, il fait un badigeonnage avec une solution de nitrate d'argent dans l'eau distillée de 1/2 à 10 0/0, puis le reste de la journée il applique des compresses d'une lotion de calamine, puis lorsque le suintement est arrêté, on passe à l'emploi des pâtes. Quelquefois l'affection est rebelle au traitement, surtout lorsque la circulation locale est défectueuse, il faut alors éviter le pansement gélatiné de Unna, en raison de la très forte proportion de glycérine qu'il contient; il en est de même dans les cas où il y a production épidermique abondante.

Dans les formes chroniques sans sécrétion, l'auteur conseille de surveiller de très près les effets des applications habituellement employées ici, acide progallique, mercure, chrysarobine. Cette dernière ne doit être employée que dans les cas où la peau est devenue tolérante.

L'auteur rappelle que le simple lavage à l'eau dans les formes aiguës peut être irritant et on peut éviter cet inconvénient en y ajoutant de la gélatine et de l'amidon.

L. Jumon.

Maladies des Voies urinaires

Dr Chevalier,

Chirurgien des hôpitaux,

Ancien Chef de clinique de la Faculté

Traitement de la cystite tuberculeuse par le goménol et l'anesthésine, par Duhot (*Annales de la Policlinique centrale de Bruxelles*, Février 1904). — L'auteur n'attache aucune valeur au traitement médical interne devant agir en tant qu'antiseptiques éliminés par les urines. Il s'agit avant tout de respecter les voies digestives des malades.

Le traitement interne par la tuberculine n'a pas semblé aggraver les lésions dans les cas où l'auteur l'a essayé, mais il n'a donné aucun résultat appréciable.

Dans une cystite tuberculeuse, les deux principales indications consistent : 1° à modifier autant que possible l'état local du réservoir urinaire et 2° à calmer les douleurs.

Les indications sont remplies par l'emploi des anesthésiques à l'intérieur et par le rectum et surtout par les instillations vésicales.

Le sublimé introduit dans la thérapeutique vésicale par Guyon, rend de très grands services. Il convient surtout dans le cas où des infections secondaires se sont développées au cours de la cystite tuberculeuse. Il s'emploie à la dose de de 1/5000 à 1/10000 suivant la sensibilité du sujet. Quelquefois cependant, ces injections ne sont pas supportées.

L'iodoforme sous forme d'huile iodoformée ou de vasogène iodoformé peut donner de bons résultats mais il est moins anesthésique que le gaïacol et le goménol.

Jusqu'en ces derniers temps le gaïacol était l'agent le plus employé et celui qui calmait le mieux la douleur. Actuellement, on se sert aussi du goménol, aussi analgésique que le gaïacol et plus antiseptique.

Le goménol s'emploie sous forme d'instillations d'huile goménolée à 1/10 ou 1/15. La vessie doit être au préalable bien vidée. Elle est nettoyée ensuite par quelques injections d'eau boriquée tiède. Ce lavage peut se faire au moyen de l'instillateur par petites seringues de 10 grammes au maximum. On lave jusqu'à ce que la solution ressorte claire. Il est quelquefois nécessaire de faire l'aspiration d'un grumeau. On injecte ensuite une ou deux fois par jour 4 à 5 cc. d'huile goménolée.

Malgré tout, beaucoup des malheureux atteints de cette pénible affection voient leur sommeil encore troublé par d'incessants besoins d'uriner qui s'accompagnent parfois de douleurs très vives. Aussi l'auteur a-t-il cherché à renforcer encore le pouvoir analgésique du goménol en l'associant à l'anesthésine, anesthésique local à action prolongée et exempt d'action irritante et de toxicité.

Par des instillations journalières d'huile goménolée à 10 0/0 additionnée de 2 0/0 d'anesthésine, l'auteur est parvenu à améliorer notablement nombre de cystites tuberculeuses et à calmer considérablement les douleurs.

E. Vogt.

La décapsulation du rein, sa valeur en pathologie, par Vancott (*Medical Record*, 6 février 1904). — Après avoir décrit minutieusement la circulation rénale, l'auteur fait remarquer que les trois quarts de l'irrigation sanguine passent en avant et que le sang est fourni par un système artériel terminal. Il en résulte que les artères terminales n'ont de communication que par le système capillaire et que les vaisseaux variant de diamètre la pression varie dans les diverses régions de l'organe. Or, la décapsula-

tion expose le parenchyme délicat du rein à la suppression de sa nutrition et par suite aussi des altérations de pression vasculaire à des infarctus du rein. La circulation collatérale, d'après Litten, n'est pas suffisante pour rétablir l'équilibre de la circulation dans les reins après la décapsulation.

Cette opération enlève au rein le peu de circulation périphérique qui lui arrive des artères capsulaires On doit très peu attendre de la circulation rénale collatérale lorsque la principale voie d'arrivée du sang se trouve compromise. Il est démontré que la régénération du parenchyme du rein ne s'est pas produite, la réparation s'est toujours faite par cicatrisation. D'après l'auteur, la théorie de Edebohls sur la décortication rénale comme moyen de traitement doit être abandonnée. L'opération entraîne la mort inévitable de surfaces considérables du parenchyme rénal, l'épithelium rénal succombant deux heures au plus tard après avoir été privé de l'irrigation sanguine, or, il faut au moins quatre jours pour que de nouveaux capillaires se produisent. L'opération de Edebohls n'a pas tenu compte de la nature de la néphrite chronique diffuse qui est plutôt l'expression locale d'un état général.

Vancott et Murray on fait des expériences dont les résultats concordent avec ceux de Litten sur la circulation rénale. Toutes les capsules de nouvelle formation ont montré une tendance à envoyer du tissu fibreux de nouvelle formation dans la substance corticale et on n'a pas constaté la moindre trace de régénération de cette substance. Ces expériences montrent que la décapsulation lèse cortainement le rein normal et n'apporte aucune amélioration au gros rein blanc.

L. Jumon.

Résultats éloignés de l'intervention chirurgicale dans les tumeurs malignes du rein, par le Dr R. Molé, de Valence (*Communication au XCVe Congrès de médecine*). — Voici les conclusions présentées par l'auteur : 1° L'avenir des malades porteurs de tumeurs malignes du rein dépend de la précocité du diagnostic. Dans ce sens tous les perfectionnements qu'on apporte à la technique exploratrice et à la recherche des augmentations de volume du rein ont une grande valeur pour l'opportunité et l'efficacité de la thérapeutique opératoire ;

2° Pour que la guérison soit définitive, il faut que la tumeur n'ait pas dépassé la capsule propre au rein ;

3° L'opération nécessaire dans toute tumeur maligne du rein est la nephrectomie totale ;

4° Ni l'âge ni le sexe ne constituent une contre-indication absolue de l'intervention. Les contre-indications formelles sont la généralisation, la cachexie, une tumeur secondaire, une lésion de l'autre rein, des adhérences avec les organes voisins et des infarctus ganglionnaires ;

5° La malignité décroissante des tumeurs du rein peut s'établir dans cet ordre ; tumeurs épithéliales, sarcomes, adénomes et tumeurs strumeuses ;

6° La voie de nécessité pour l'extirpation des tumeurs rénales est la lombaire ou extra-péritonéale ; quand l'énorme volume d'une tumeur maligne exige la voie abdominale, il est préférable de s'abstenir d'opérer ;

7° La mortalité opératoire immédiate des tumeurs malignes du rein a diminué dans ces dernières années, suivant la marche progressive de la chirurgie cavitaire et viscérale. depuis le 60 0/0 que donnent les statistiques antérieures à 1890. jusqu'au 10 0/0, chiffre moyen actuel ;

8° Les statistiques sur les résultats éloignés des extirpations au rein pour tumeurs malignes ne sont ni nombreuses ni détaillées ; mais les données que nous possédons nous permettent de calculer que la mortalité éloignée est inférieure au 10 0/0, si on opère de bonne heure.

9° On peut affirmer aussi que la mortalité dans les néphrectomies pour tumeurs malignes du rein est inférieure à celle que donnent les statistiques des opérations pratiquées dans d'autres organes viscéraux. Ce résultat est dû, sans doute, à la capsule rénale, qui retarde l'infection des ganglions ;

10° La néphrectomie pratiquée pour des tumeurs de petit volume et dans les premières périodes de leur évolution, donne une réussite presque sûre, aussi bien prochaine qu'éloignée.

F. Berini.

Pyonéphrite simulant l'appendicite (*Soc. de Chir.*, 28 janvier 1904). — M. Mignon a communiqué une observation de pyonéphrite qui fut prise pour une péritonite appendiculaire, le rein étant très abaissé à droite. De fait, l'ouverture et le drainage de cet abcès améliorèrent le malade sans le guérir. Mais lorsqu'on eut pratiqué la néphrectomie, la guérison fut radicale.

A. Benoit.

Traitement général des néphrites, par Beverley Robinson (*Medical Record*, 6 février 1904). — Le travail de l'auteur se rapporte seulement à la néphrite aiguë ou à la néphrite diffuse chronique. La première chose à faire dans tous

les cas de néphrite aiguë est de mettre le malade au lit. Il doit être habillé de laine et enveloppé de couvertures de tout côtés. Les deux indications principales qu'il faut avoir en vue sont de mettre l'organe malade le plus possible au repos physiologique, de soulager sa fonction, en provoquant l'action supplémentaire de la peau et de l'intestin. Pendant toute la période congestive l'alimentation doit être liquide et donnée en petites quantités, de manière à irriter le moins possible les reins. Le régime doit consister presque exclusivement en lait, cru ou bouilli suivant les goûts, puis de compotes, de farineux. Plus tard on peut donner largement des eaux minérales. A l'eau on peut ajouter un peu de thé léger.

S'il survient de l'œdème ou de la dyspnée ou si l'urine devient rare et concentrée, on prescrira des lavements et des purgatifs salins. L'auteur préfère les enveloppements mouillés chauds aux bains d'eau chaude qui peuvent être dangereux s'ils ne sont pas donnés avec beaucoup de soin. Les bains d'air chaud sont utiles, mais peu utilisables dans la pratique. Si l'urine est très albumineuse, contient des cylindres, s'il existe de la douleur lombaire, les cataplasmes sinapisés sont utiles en diminuant la congestion des reins. Les irrigations rectales ont l'avantage de provoquer la diurèse. La pilocarpine est un médicament dangereux, elle a parfois causé une bronchite fatale. Si l'urémie aiguë devient menaçante, de petite doses de nitroglycérine remédient souvent très rapidement à la situation. La saignée et les ventouses scarifiées donnent de bons résultats en cas de danger d'urémie et il est bon de faire suivre leur application d'une injection saline. Quelquefois il est nécessaire de donner du chloroforme en inhalations ou de la morphine en injection. Cependant l'auteur a rarement recours à la morphine sauf dans les cas de convulsions dans la néphrite puerpérale. Les inhalations répétées d'oxygène peuvent détourner l'urémie et procurer la guérison lorsque l'urémie a déjà fait son apparition. Lorsque la période aiguë est passée, que l'urine ne contient plus de sang, on peut ajouter au régime à ce moment des œufs, des fruits, du poisson, des légumes verts ; le patient peut alors commencer à se lever. Lorsque l'anémie est prononcée on donnera du fer sous une forme facilement acceptable. Lorsqu'il est possible, les malades doivent habiter un climat chaud. L'albuminurie peut persister très longtemps et résister longtemps à tout traitement. Le malade évitera tout effort physique, tout écart de régime. Dans les formes chroniques, la diarrhée peut quelquefois être arrêtée par des irrigations intestinales prolongées.

La digitale donne rarement de bons effets, à moins que son action sur les vaisseaux périphériques ne soit contrebalancée par l'emploi de la nitroglycérine. En cas de fièvre on s'abstiendra du chlorate de potasse et du salicylate de soude en raison de leur action nocive sur les reins.

Parmi les médicaments qui ont été préconisés comme augmentant la diurèse sans augmenter l'albumine, l'auteur signale l'iodure de potassium, mais ne l'emploie qu'à doses très modérées. En général il vaut mieux éviter l'alcool, sauf dans les cas où il devient nécessaire comme stimulant. Dans les cas d'insomnie l'auteur préfère les bromures au chloral, la morphine selon lui n'est utile que si les pupilles sont dilatées. Enfin dans les cas de faiblesse cardiaque et d'anasarque généralisée, l'auteur s'est bien trouvé du vin diurétique de Trousseau.

L. Jumon.

Pharmacologie

Dr E. VOGT.

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

Sur l'action physiologique et thérapeutique du radium, par Danlos (*Bull. des sciences pharmacologiques*, février 1904). — Nous nous bornerons à signaler, de l'important mémoire de l'auteur, quelques expériences personnelles : nous renvoyons, pour les détails d'instrumentation, à son travail lui-même.

Sur les nævi de petite dimension ce traitement est excellent : avec beaucoup de patience il pourrait s'appliquer à ceux plus étendus. L'auteur a en outre traité de cette manière quatre lupus érythémateux. Le résultat immédiat a été d'abord très favorable, mais le mieux ne s'est pas maintenu, et dans deux cas au moins qu'il a été possible de revoir, une récidive s'est produite après quelques mois au milieu du tissu de cicatrice. Les cas de lupus tuberculeux traités, ont été au nombre de sept. L'effet moins immédiatement favorable a été beaucoup plus durable. Trois de ces malades sont encore à l'hôpital Saint-Louis. Deux n'ont présenté depuis deux ans sur les points traités par le radium aucune trace de récidive, une autre a vu se produire en un point une récidive partielle, mais une autre plaque plus étendue est restée indemne, bien qu'il s'agit d'un lupus en activité et repullulation incessantes. Deux autres malades revus au bout d'un an, n'avaient

pas apparence de récidive sur les points traités. Tentant une expérience, l'auteur a traité simultanément un petit territoire lupique par le radium et les autres par les procédés ordinaires. Les points guéris par le radium ont paru peut-être plus solidement, et en tout cas guéris avec de plus belles cicatrices que les autres. Chez les sujets suivis, la guérison se maintient depuis deux ans.

Dans un cas d'épithélioma végétant, développé sur une cicatrice de lupus, le radium s'est montré radicalement impuissant. Pas de résultat durable chez un malade atteint de psoriasis rebelle avec lichénisation de la peau des membres inférieurs.

En résumé on voit que la seule conclusion à tirer de ces essais thérapeutiques est l'utilité du radium pour le traitement du lupus tuberculeux. Pour arriver à des conclusions définitives, il faudrait multiplier les essais, déterminer les conditions d'application relativement aux régions et aux maladies à traiter, à la durée des séances, à la quantité et à la nature des radiations employées.

Ajourd'hui, que l'on possède des échantillons de radium plus actifs, il serait préférable d'essayer le traitement sans ulcération par des séances courtes et multipliées. Ce procédé, que l'auteur a dénommé méthode sèche, est peut-être celui de l'avenir. Il en est un toutefois, que l'auteur lui croit théoriquement très supérieur : c'est le traitement basé sur l'emploi de la radio-activité induite. On sait que l'on désigne sous ce nom, l'activité temporaire que communique le radium à tous les corps placés en espace clos dans son voisinage. Ainsi activés, ces corps peuvent être plus utiles que le radium lui-même.

Avec les corps chargés de radio-activité induite, on peut se passer d'enveloppe et utiliser la totalité de la radiation. Or ces rayons semblent avoir des propriétés bactéricides. Si cette propriété se confirmait on prévoit quelles pourraient en être les conséquences. L'action générale, sur les organismes, de l'eau radio-active, pourrait être constatée en l'administrant par la voie digestive ou par injection sous-cutanée; le produit devant être rapidement disséminé par l'absorption digestive ou interstitielle et la circulation.

En application localisée, la radio-activité de l'eau ou de l'air serait sans doute plus maniable et en tout cas moins dangereuse, mais l'expérience est fort difficile; car à l'air ou dans un espace incomplètement clos la radio-activité se perd très vite, de moitié en 28 minutes (Curie); tandis qu'en vase hermétiquement clos, la perte n'est de moitié qu'en quatre jours. Il faut pour ce dernier résultat que l'étanchéité soit absolue, car M. Curie a observé qu'une boîte en platine percée d'un trou assez fin pour tenir le vide ne retient pas la radio-activité. Il est très difficile de tenir hermétiquement collée sur la peau, même parfaitement rasée et dégraissée d'un animal, une cloche chargée d'émanations radio-actives. Toujours au bout de peu de temps, la colle cède sur quelque point, l'appareil ne tient pas et l'expérience est illusoire.

Malgré la supériorité théorique du radium, les rayons de Rœntgen, mieux connus dans leur action, plus faciles à produire en grande quantité, et sur de larges surfaces, présentent provisoirement plus d'avantage au point de vue thérapeutique.

Si le prix du radium devient un jour plus accessible, et si les essais sur la radio-activité induite répondent aux espérances, l'avantage reviendra au radium en raison de l'application plus facile, de la gamme plus étendue et de la pénétration plus puissante de ses radiations. Alors, on pourra se prononcer en connaissance de cause sur la valeur thérapeutique de cet agent.

E. Vogt.

Action analgésiante et névrosthénique du radium à doses infinitésimales et inoffensives, par A. Darier (*Académie de médecine*, séance du 16 février 1904). — Le 6 octobre, j'ai relaté un cas de cancer de l'orbite rendu insensible par le radium; d'autres auteurs sont venus confirmer cette assertion.

J'avais aussi noté l'action analgésiante, rapide et profonde du radium dans certaines iritis et iridocyclites, etc.

Ces constatations absolument personnelles, j'ai pu les reproduire dans d'autres conditions avec le même succès depuis quatre mois.

Il paraît donc avéré que le radium à faible intensité en application *loco dolenti* est capable d'amener souvent une cessation rapide de l'élément douleur.

Mais l'action du radium sur les centres psychomoteurs est encore plus curieuse.

Dans deux cas de névroses convulsives les attaques, qui se répétaient tous les jours chez l'un, et 3 ou 4 fois par semaine chez l'autre ont cessé après 2 ou 3 jours d'applications de radium sur les tempes.

Dans un cas de pseudo-ataxie neurasthénique, le radium amena une guérison complète en trois jours (par suggestion probablement).

Dans un cas de paralysie faciale aiguë et toute récente le radium provoqua une guérison du jour au lendemain.

Sans vouloir donner une explication à ces faits trop curieux, trop récents et trop peu nombreux, j'ai tenu à les signaler pour que d'autres chercheurs puissent contribuer à l'étude de cette intéressante question.

L'activité du radium que j'ai employé, mesurée au laboratoire de M. Curie, variait de 10 à 7.000 U. Pour les faibles activités, je laissais agir les tubes contenant le radium pendant 2 et 4 jours et même jusqu'à 15 jours, la douleur reparaissant parfois peu de temps après la cessation des applications.

Avec des intensités de 1000 à 7000 la pose est de 2 à 3 heures par jour; c'est à ces intensités plus fortes que j'ai eu recours dans la paralysie faciale citée plus plus haut.

Ces faibles activités sont d'un prix très abordable et de nouveaux essais me permettent d'espérer que même avec des substances simplement radio-activées par induction, les mêmes résultats thérapeutiques pourront être obtenus, ce qui en rendrait le prix abordable pour tous les malades.

A. Darier.

La « solvine » préparation nouvelle extraite du thym (*Therap. Monatshefte*, février 1904). — Hirsch a expérimenté cet extrait concentré du *thymus vulgaris;* il est de consistance sirupeuse, de couleur brun foncé avec reflets verdâtres, et présente l'odeur caractéristique de la plante. La consistance sirupeuse est obtenue par addition d'une certaine quantité de sirop de sucre.

Les effets antispasmodiques de la préparation sont marqués; dans la coqueluche, l'expectoration est facilitée : les doses moyennes sont de 6 à 8 cuillerées à entremets par jour. Dans la bronchite aiguë ou chronique, on observe des résultats tout aussi satisfaisants.

E. Vogt.

Utilisation pratique de l'helmitol (*Wiener med. Presse*, n° 2, 1904). — Schutze a étudié cette combinaison de l'hexaméthylénamine et de l'acide anhydrométhylènecitrique : ce médicament donne naissance, dans l'organisme, à de l'aldéhyde formique (v. cette *Revue*, p. 65 et 283, 1903), il est soluble dans l'eau dans la proportion de 7 0/0, et s'administre à la dose de 1 gramme, trois fois par jour.

L'helmitol est surtout indiqué dans les catarrhes vésicaux chroniques, la cystopyélite des prostatiques, avec urines ammoniacales, la cystite calculeuse, la bactériurie.

Le médicament a un goût agréable et ne produit aucun trouble digestif ou autre. On peut l'utiliser, en outre de la voie digestive, en injections intra-vésicales, en solution aqueuse à 1 ou 2 0/0 (quantité de liquide injectée : 100 à 200 cc)..

Dans un cas de papillomes de la vessie, avec hémorragies fréquentes et cystopyélite suppurée grave, tous les accidents cédèrent en fort peu de temps à l'administration de 3 grammes d'helmitol par jour.

E. Vogt.

Observations cliniques concernant l'agurine (*Deutsche med.-Ztg.*, n° 6, 1904). — Reche a étudié cette combinaison de théobromine-sodium et d'acétate de soude (v. cette *Revue*, p. 103, 1903). Le produit a pour avantage de ne pas contenir d'acide salicylique, comme son congénère la diurétine, et de provoquer une action diurétique, aux doses de 0 gr. 50, trois ou quatre fois par jour, sans produire aucun trouble des fonctions organiques, même après un emploi prolongé.

Il va sans dire que le médicament n'a aucune action sur les affections (myocardites, affections valvulaires, néphrites), qui sont la cause des œdèmes qu'il s'agit de combattre, mais on obtient, surtout dans les cas de néphrite, des diurèses si considérables (jusqu'à 4 litres par jour), que les malades sont notablement soulagés et peuvent le plus souvent quitter l'hôpital pour reprendre leurs occupations, au moins pour quelque temps.

E. Vogt.

FORMULAIRE DE THÉRAPEUTIQUE CLINIQUE

STOMATITE ULCÉRO-MEMBRANEUSE

Traitement préventif.

Soins préventifs de la bouche. — Ablation du tartre, traitement de la carie, enlèvement des chicots.

Isolement des malades.

Désinfection de leurs effets et objets de toilette.

Traitement local.

Toilette soigneuse des dents (ablation du tartre). — Introduire dans chaque espace dentaire un tampon de coton imbibé d'une solution phéniquée forte (au 20e); même manœuvre au niveau des rebords alvéolaires.

Lavages fréquents de la bouche avec :

Hydrate de chloral.... 10 grammes.
Eau distillée de menthe..... 100 —
Eau..... 900 —
Attouchement des ulcérations avec :
a) Acide chromique au 10e.
b) Chlorure de chaux :
Glycérine..... 30 grammes.
Chlorure de chaux..... 3 —
c) Eau oxygénée pure ou dédoublée.
d) Acide lactique.... 10 grammes.
Eau distillée..... 20 —
e) Permanganate de potasse..... 1 —
Eau distillée..... 100 —
f) Bleu de méthylène.
Un petit tampon d'ouate sèche enroulé autour d'un bâtonnet ou enserré entre le mors d'une pince hémostatique est chargé de bleu de méthylène chimiquement pur que l'on porte au contact des parties malades: il est nécessaire d'exercer les légères frictions.

Au bout de quelques minutes, le malade se gargarise avec de l'eau bouillie.

Le *chlorate de potasse* est bien moins employé qu'autrefois. On pourra cependant le prescrire à la dose de 1 à 6 grammes en potasse :

Chlorate de potasse... 5 grammes.
Sirop de cerises..... 30 —
Eau distillée q. s. pour 125 —

Il sera utile de prescrire le *sulfate de quinine* ainsi qu'un *purgatif salin*.

G. Lyon.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Ier Congrès français de Climatothérapie et d'hygiène urbaine, sous la présidence de M. le Pr Chantemesse, membre de l'Académie de Médecine. Nice, 4-9 avril 1904 (Vacances de Pâques). — Nous avons dit, dans les numéros précédents, les questions devant faire l'objet de rapports ; les réductions consenties, du 1er au 20 avril, sur les chemins de fer, et dans les hôtels ; les fêtes, réceptions, représentations de gala, excursions qui seront organisées à l'occasion du Congrès... etc.

Le montant de la cotisation (20 francs) doit être envoyé, en même temps qu'une carte de visite, au Dr Bonnal, trésorier-général, 19, boulevard Victor-Hugo, Nice (Alp.-Mar.).

Dernière limite d'inscription le 15 mars 1904.

Toute autre correspondance doit être adressée au Dr Hérard de Bessé, secrétaire-général, 5, boulevard Central, Beaulieu-sur-Mer (Alpes-Maritimes).

Les Étudiants en médecine. — Les incidents tumultueux, qui ont troublé les cours de la Faculté de médecine, ne se sont pas renouvelés depuis quelques jours. Cependant, les étudiants n'ont pas renoncé à l'espoir de voir modifier la disposition législative qui les avait si fort émus. On sait qu'ils avaient surtout manifesté contre le vote, par le Parlement, de l'article 18 de la loi de finances de 1904, supprimant pour les fonctionnaires civils toute limite d'âge pour l'admission à la retraite.

Mardi soir, les membres de l'Association corporative des étudiants en médecine se sont réunis en assemblée générale, dans leur local de la rue Hautefeuille, pour étudier cette question des limites d'âge. Il s'agissait de savoir s'il n'y aurait pas lieu de substituer aux manifestations bruyantes et stériles de la rue une démarche réfléchie et sérieuse auprès des pouvoirs publics.

Le Dr Cuneo, agrégé de la Faculté, assistait à cette réunion. Prié de prendre la parole, il a donné aux étudiants des conseils de modération, tout en les félicitant, comme sont prêts à le faire, a-t-il dit, plusieurs autres maîtres de la Faculté, de s'intéresser dès le commencement de leurs études aux questions d'enseignement médical.

Une discussion assez longue a suivi ; les assistants étaient très nombreux, et plusieurs ont tenu à donner leur avis. La séance s'est terminée par l'adoption de l'ordre du jour que voici :

Les étudiants émettent le vœu suivant : « Une limite d'âge restera fixée, au delà de laquelle ne pourront être maintenus en fonctions les membres du corps enseignant des facultés de médecine », et donnent mandat au Comité directeur d'adresser ce vœu aux pouvoirs compétents.

Plusieurs délégués de l'Association corporative des étudiants en pharmacie, qui assistaient à cette assemblée générale, ont adhéré à cette motion.

BIBLIOGRAPHIE

Maladies du Cuir chevelu, t. II : *Les maladies desquamatives, Pityriasis et alopécies pelliculaires*, par le Dr Sabouraud, chef du laboratoire de la Ville de Paris, à l'hôpital Saint-Louis, membre de la Société de Dermatologie, 1 vol. in-8°, avec 122 figures en noir et en couleurs (Masson et Cie, éditeurs). 22 fr.

Depuis deux ans que le Dr Sabouraud avait publié le premier volume de son Traité des maladies du cuir chevelu, le public scientifique attendait le deuxième avec impatience. On se rendra compte en le feuilletant qu'il représente bien deux ans de travail et l'on comprendra qu'il n'ait pas fallu moins pour réunir la somme énorme des matériaux qu'il met en œuvre.

Après le premier volume qui avait pour objet la séborrhée et la calvitie, celui-ci a pour titre : *Pityriasis et alopécies pelliculaires*, c'est l'étude complète et documentée de tous les états pelliculaires depuis le pityriasis capitis, la pellicule simple, jusqu'aux psoriasis aux eczémas squameux, etc... De même que la calvitie, maladie masculine, avait son histoire dans le premier volume, l'alopécie pelliculaire, maladie ordinairement féminine, devait avoir symétriquement son histoire dans le second.

Le livre est divisé en quatre parties : une première dans laquelle l'auteur étudie, depuis l'antiquité jusqu'à nos jours, l'histoire des conceptions qui ont eu cours sur le sujet; elle enchantera les amateurs d'histoire médicale bien faite. Une deuxième partie dans laquelle Sabouraud étudie lui-même, cliniquement et avec le secours de toutes les techniques expérimentales le pityriasis et les alopécies pelliculaires, dans leur lésion élémentaire, leur marche, leur évolution.

Les premiers chapitres mettent au point scientifiquement la pathogénie de ces affections, les derniers chapitres, d'observation clinique pure, sont dans l'ouvrage la plus belle part faite aux cliniciens.

Une troisième partie comprend la différenciation clinique et expérimentale du pityriasis et des maladies analogues à lui, séborrhée, eczéma, psoriasis.

Enfin la thérapeutique du pityriasis est la quatrième partie du volume, elle est traitée avec le développement très ample que comporte un tel sujet. Toutes les formes et les variétés du pityriasis, y ont, décrites avec le plus minutieux détail et la plus entière clarté, les règles thérapeutiques qui doivent guider le médecin et les formules même des médicaments capables de conduire chaque cas à la guérison.

Ce deuxième volume comme le premier est une monographie scientifique dont la documentation est de premier ordre et sur une matière qui ne comportait pas la médiocrité.

Lorsqu'il s'agit de maladies si communes et que les patients considèrent comme si pénibles, il est heureux de leur voir consacrer un tel ouvrage dont la valeur et l'intérêt sont garantis par le nom même de son signataire.

Précis d'Électricité médicale, par Ch. Chardin, électricien, I. 1, 840 pages, 200 figures. Paris, Maloine, éditeur. Prix ; 10 francs.

Ce Précis renferme le traitement électrique spécial de chaque maladie et les figures d'application du courant dans toutes ses applications. C'est une œuvre capitale et unique qui constitue un véritable traité spécial d'électrothérapeutique.

Nlle Imprimerie. E. Lasnier directeur. 35 37 rue St-Lazare. Paris *Le Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL

TRAVAUX ORIGINAUX

LA LIPOMATOSE CERVICALE ET SON TRAITEMENT

Leçon faite à l'Hôpital Beaujon par le Pr DEBOVE,
recueillie par le Dr SAINTON, chef de clinique.

Lorsqu'il y a peu de temps encore, je vous entretenais d'une affection jusqu'à présent peu connue, la lipomatose cervicale, je supposais devoir rester bien longtemps sans vous parler du même sujet ; les hasards de la clinique en ont décidé autrement.

Le malade que je vous présente aujourd'hui diffère, en effet, de ceux que je vous ai montrés antérieurement, parce qu'il est atteint de troubles viscéraux ; chez lui, en effet, les tumeurs lipomateuses se prolongent dans le thorax et ont amené des phénomènes de compression.

Permettez-moi de rappeler les principaux caractères de la maladie que nous décrivons. Elle est caractérisée par le développement de tumeurs lipomateuses symétriques, surtout marquées à la région du cou et à la nuque. La forme globuleuse des tumeurs, leur prédominance dans des régions, telle que la région sous-maxillaire, avaient fait penser qu'il s'agissait d'une maladie siégeant primitivement dans les ganglions lymphatiques, d'où le nom d'adéno-lipomatose, adopté par MM. Launois et Bensaude. Nous ne pouvons admettre cette manière de voir; il n'y a aucun rapport entre les néoformations graisseuses et les ganglions lymphatiques. Je puis l'affirmer en m'appuyant sur mes observations antérieures, et sur celle que je vais vous rapporter.

Notre malade est un nommé R..., âgé de 51 ans, journalier. Nous sommes ici encore dans la règle, puisque cette maladie s'observe avec une fréquence incomparablement plus grande chez l'homme et à l'âge moyen de la vie.

Les antécédents héréditaires du malade ne nous donnent aucun renseignement que nous puissions utiliser. Son père est mort, il y a douze ans, à 74 ans, d'une maladie qu'il ne peut indiquer. Il ne peut donner aucune indication sur les causes de la mort de sa mère, ni sur l'état de santé de ses frères habitant la Sarthe et avec lesquels il n'a pas de relations. Il ne paraît pas avoir l'instinct familial très développé, et il est assez indifférent à l'état de santé de ceux qui lui sont unis par les liens du sang. Il affirme néanmoins que personne dans sa famille n'a eu de maladie comparable à la sienne; cette affirmation, dans le cas particulier, a une certaine importance, car il ne s'agit pas d'une affection qu'on puisse dissimuler, elle serait certainement remarquée par les personnes de l'entourage, à cause de la déformation de la physionomie. Le malade a un fils âgé de 28 ans, qui est pompier à Paris.

Dans ses antécédents personnels, nous pouvons noter l'accident suivant : il y a une douzaine d'années, il ressentit une douleur vive dans l'hypochondre droit. Cette douleur dura trois semaines environ et sa disparition fut brusque; elle coïncida avec le rejet par la bouche et l'anus d'une quantité de sang que le sujet évalue à deux litres et demi. La seule hypothèse plausible est celle d'un ulcère simple de l'estomac. Cette maladie est parfois latente, elle pourrait donc se traduire par un accident unique. Tout ce que nous pouvons dire, c'est qu'actuellement il n'en existe aucun symptôme.

Depuis l'âge de 24 ans, R... a toussé fréquemment; il a une bronchite chronique, qui a beaucoup augmenté dans les derniers mois.

R... n'a pas la prétention d'être sobre; ce serait une prétention peu justifiée, car il déclare absorber tous les jours deux litres et demi de vin, une quantité indéterminée d'eau-de-vie et plusieurs absinthes. Nous avons déjà noté ce défaut de sobriété chez plusieurs de nos malades, mais nous n'osons en conclure que l'alcoolisme joue un rôle important dans la genèse de l'affection, il serait tout au plus une cause prédisposante et pourrait être invoqué pour expliquer la fréquence plus grande du mal chez les hommes et dans la classe où se recrute ordinairement notre population hospitalière.

Il y a deux ans et demi à trois ans que la déformation actuelle a débuté. Il survint près de l'oreille gauche un petit nodule sous-cutané, assez consistant, du volume d'un haricot, puis, peu à peu il s'en montra de semblables dans la région symétrique à la nuque, sous le menton, sans qu'il soit possible de déterminer exactement la chronologie de leur apparition. Il y a six mois que se serait formée la tuméfaction qu'on trouve en avant de l'oreille droite.

Jusque-là le malade ne s'était pas beaucoup préoccupé de son état, lorsqu'il y a un mois survinrent des crises de dyspnée. Elles se produisaient généralement le matin au réveil. Au cours de ces crises, qui duraient à peu près une minute, R... avait le visage cyanosé et sa crise se terminait par le rejet en grande abondance de crachats filants ou séreux ; la respiration reprenait après le rejet de cette expectoration. Ces crises augmentèrent progressivement d'intensité, elles ne se produisaient plus seulement le matin mais encore dans la journée, elles étaient provoquées par les efforts, la montée d'un escalier, etc... Ce sont elles qui ont déterminé le malade à entrer dans notre service le 7 janvier 1904.

Voici dans quel état il s'est présenté à notre observation :

Ce qui frappe à première vue, c'est l'augmentation de volume du cou et l'existence de tumeurs nombreuses et volumineuses qui forment une sorte de collier presque continu, s'étendant d'une oreille à l'autre en suivant le bord du maxillaire inférieur.

A gauche, il existe une tumeur du volume d'une demi-noix au niveau de la région parotidienne en avant du tragus. Une autre tumeur du volume d'un demi-œuf de poule, à grand diamètre vertical continuant avec la précédente siège au-dessous, et un peu en avant de l'oreille gauche.

En arrière de la même oreille, on voit une autre tumeur volumineuse qui se prolonge jusqu'à la protubérance occipitale externe. Une autre tumeur contiguë à la précédente, du volume d'un petit œuf, occupe la gauche de la ligne médiane.

Le côté droit présente les mêmes tumeurs que le côté gauche, mais elles sont un peu moins développées.

Au-dessous du menton, existe une tumeur volumineuse, ayant à peu près la grosseur d'un œuf de dinde. Elle forme au malade comme un second menton, les deux segments de cet énorme double menton sont séparés par un sillon très accusé.

A la partie supérieure du thorax, sur la ligne médiane et sur les côtés, surtout à

gauche se dessine une tuméfaction lobulée qui semble plonger dans l'intérieur de la cage thoracique et dont la saillie est plus volumineuse au moment des efforts et des quintes de toux.

Quel que soit leur siège, ces tumeurs ont des caractères identiques, la peau est normale à leur niveau, et n'a contracté avec elles aucune adhérence. Elles ont cette consistance demi-molle caractéristique des lipomes.

Le malade est obèse, mais n'est pas porteur des tumeurs dans des régions autres que celles que nous venons d'indiquer.

Je le répète, tout ceci est assez indifférent à notre malade qui ne se préoccupe point de l'esthétique, il entre dons notre service parce qu'il a des troubles respiratoires.

Dans l'intervalle des crises, on ne constate rien de particulier lorsqu'elles surviennent et leur retour est irrégulier, leur nombre étant tantôt de deux par jour, tantôt de plusieurs en une heure, elles sont constituées par une quinte de toux durant 15 à 20 secondes pendant lesquelles la face se congestionne, puis elle se termine par le rejet de crachats muco-purulents ou d'une certaine quantité de liquide séro-muqueux. Nous pouvons dire de ces accès de toux, étant donné qu'ils ont un caractère quinteux et qu'ils se terminent habituellement par le rejet de matières muqueuses et filantes, que ce sont des accès *coqueluchoïdes*. L'expectoration serait de 200 à 300 grammes en 24 heures.

L'inspection montre un thorax globuleux semblable au thorax classique des emphysémateux. A sa partie supérieure, la circulation veineuse est anormalement développée, donnant l'impression d'un obstacle ayant amené une *dilatation veineuse par circulation collatérale.*

La percussion ne donne aucun renseignement positif, elle a cependant été pratiquée avec soin. Dans toute l'étendue de la poitrine, on trouve des deux côtés quelques râles sibilants. Mais on est surtout frappé de la *diminution du murmure vésiculaire* à droite. Les jugulaires sont saillantes. Les battements du cœur sont réguliers et légèrement accélérés. Il existe quelques troubles digestifs que nous croyons devoir rapporter à l'alcoolisme.

L'aspect du malade est si caractéristique qu'il ne peut y avoir aucun doute sur le diagnostic, il s'agit d'une lipomatose symétrique à prédominance cervicale. Quand on a vu un certain nombre de malades de ce genre, le diagnostic se fait instantanément à première vue par action réflexe, et comme vous avez déjà vu plusieurs types de cette maladie, vous n'avez certainement pas dû vous tromper.

Mais ici nous avons toute une série de troubles viscéraux qu'on n'observe pas ou plus exactement que je n'ai jamais observés en pareille circonstance. Ils doivent être attribués à une compression causée par une tumeur du médiastin. C'est d'elle que nous faisons dépendre les crises coqueluchoïdes tout à fait semblables à celles qu'on observe dans l'adénopathie trachéo-bronchique et l'affaiblissement du murmure vésiculaire dans le poumon gauche, conséquence d'une compression de la bronche du même côté.

Certains de nos élèves ont remarqué une légère inégalité pupillaire, ce qui ferait supposer une compression du sympathique. Cette inégalité a varié, plus ou moins évidente suivant les moments où on examinait le sujet.

Quant à la nature de cette tumeur, elle était évidente. Il s'agissait de néoplasies lipomateuses. Il était en effet hors de toute vraisemblance que le malade pût porter deux espèces de tumeurs, d'une nature différente, les unes au cou, les autres dans le thorax.

Nous avions déjà précédemment confié un de nos malades à M. le Dr Tuffier, qui avec l'habileté que vous savez, l'avait opéré, avait enlevé la plupart des productions adi-

peuses et avait amélioré d'une façon étonnante notre malade au point de vue esthétique, il avait cessé d'être une curiosité pour les gens que le regardaient.

Si le point de vue esthétique seul avait pu légitimer une intervention chirurgicale, on peut dire qu'elle s'imposait dans un cas où les accès de suffocation étaient très pénibles par leur intensité et leur fréquence.

Le malade fut anesthésié au chloroforme, le Dr Tuffier pratiqua sur le bord supérieur du sternum une incision réunissant les deux clavicules; une incision médiane verticale allant du menton tombait presque au milieu de l'incision primitive; enfin une troisième incision suivait le bord inférieur du maxillaire inférieur. On obtint ainsi deux larges volets découvrant toute la région cervicale du sternum à l'apophyse mentonnière ; après incision du peaucier et de l'aponévrose cervicale superficielle, M. Tuffier trouva un volumineux lipome médian sous-sternal descendant dans le médiastin. Il découvrit ensuite deux lipomes s'étendant dans les deux creux sous-claviculaires derrière le sterno-cleido-mastoïdien. L'extirpation de ces lipomes nécessita la ligature de nombreuses veines et la mise à nu des veines sous-clavières des deux côtés de la trachée et des sterno-hyoïdiens. Un deuxième acte opératoire consista à enlever les lipomes sous-maxillaires, et le lipome situé en avant des cartilages thyroïde et cricoïde.

Nous n'avons rien à dire de la constitution de ces lipomes, sinon qu'il n'affectent aucun rapport avec les glandes lymphatiques et que nous constatons une fois de plus l'inexactitude de la dénomination « adéno-lipomatose ».

Une autre particularité est la suivante : c'est que, l'aponévrose cervicale étant incisée, la partie du lipome qui plongeait dans le thorax, fit immédiatement hernie et suivant la comparaison de M. Tuffier, la tumeur graisseuse, jaillit comme jaillit le pus d'un abcès qu'on vient d'inciser. Il faut en outre noter que la graisse de ces lipomes a un aspect spécial, elle est blanche, dense, de consistance et de couleur différente de celle des lipomes ordinaires.

L'opération réussit parfaitement et la réunion de la plaie eut lieu par première intention. Le résultat esthétique est très satisfaisant et le malade peut aller partout sans être un objet de curiosité.

Quant à l'influence sur les troubles respiratoires elle est saisissante. Les crises d'étouffement ont complètement disparu, il ne s'en est pas produit une seule depuis l'intervention. Le malade peut monter sans difficulté les escaliers, alors qu'autrefois il était pris de stridor. Les pupilles sont toujours égales.

Comme vous le voyez le résultat thérapeutique est des plus encourageants, et l'histoire de notre malade est assez curieuse pour excuser les développements dans lesquels je suis entré à l'occasion d'une maladie que vous aurez si rarement l'occasion d'observer.

ACTION DES MÉTAUX A L'ÉTAT COLLOIDAL ET DES OXYDASES ARTIFICIELLES SUR L'ÉVOLUTION DES MALADIES INFECTIEUSES

par MM. Albert Robin et G. Bardet

Les communications de M. Trillat et de MM. Lumière et Chevrottier (1), ont appelé l'attention sur le rôle des métaux dans les phénomènes d'oxydation, et sur l'action thérapeutique, qu'ils peuvent exercer quand ils sont combinés à la matière organique. Cette action oxydante se rapproche de celle des solutions de métaux dissous à l'état colloïdal par la méthode de Bredig. M. Trillat a reconnu que, comme ces dernières solutions, les préparations métalliques albuminoïdes ou colloïdes étaient arrêtées dans leur action par les agents susceptibles d'entraver les fermentations.

Considérant que cet arrêt des oxydations s'observait également sur l'être vivant, au moyen des mêmes substances, nous avons pensé que les métaux colloïdaux et les oxydases artificielles pourraient peut être favoriser les oxydations de l'organisme humain, et nous avons de notre côté, étudié l'action des produits préparés suivant la méthode que M. Trillat a indiquée lui-même, en comparant cette action à celle que donnait l'emploi des solutions colloïdales métalliques de Bredig, des oxydases végétales et de quelques sérums thérapeutiques.

Après des essais physiologiques sur l'animal, nous avons poursuivi nos recherches en injectant, à un ou deux jours d'intervalle, à des malades atteints de maladies infectieuses, le plus souvent à forme hypertoxique, 5 cc. de sérums thérapeutiques et en observant les résultats obtenus sur la nutrition.

a) *Solutions métalliques.*— Nous avons employé dans dix-huit cas les solutions d'*or*, de *palladium*, d'*argent* et de *platine*, dissous à l'état colloïdal, dans l'eau distillée, au moyen de l'étincelle électrique. La quantité de métal dissous correspondait au titre de 5 à 10 p. 100 de milligramme par centimètre cube. Ces 18 malades peuvent être ainsi groupés : *argent*, 1 scarlatine, 1 grippe grave, 1 ictère grave, 1 rhumatisme articulaire; *or*, 1 fièvre typhoïde, 3 tuberculoses pulmonaires, 1 syphilis secondaire; *palladium*, 6 pneumonies, 1 pleurésie, 1 tuberculose pulmonaire; *platine*, 1 pneumonie. Quel que soit le métal employé, les phénomènes sont les mêmes, et le chimisme urinaire ou respiratoire (quand il a été fait) démontre une augmentation des échanges organiques, caractérisés surtout par l'augmentation de l'urée, allant parfois jusqu'à formation d'un culot de nitrate d'urée, par addition d'acide nitrique, l'augmentation de l'acide urique, parfois énorme, et l'apparition d'une quantité régulièrement croissante d'indoxyle urinaire. Ces phénomènes, sont surtout remarquables, par leur intensite et leur constance, dans les états infectieux graves et notamment dans la pneumonie.

(1) Trillat. *Influence activante d'une matière albuminoïde sur l'oxydation provoquée par le manganèse* (C. R., 30 novembre 1903, 11 janvier 1904). — *Sur le rôle d'oxydases que peuvent jouer les sels manganeux en présence d'un colloïde* (C. R., 1er février 1904).

A. et L. Lumière et Chevrottier. *Action des oxydases artificielles sur la toxine tétanique* (C. R., 7 mars 1904).

b) *Oxydases.* — Cinq malades (2 pneumonies, 2 tuberculoses, 1 tuberculose avec pneumonie) ont reçu des injections d'oxydase de la levure de bière. Les effets ont été les mêmes que précédemment, mais avec une intensité moindre, différence peut-être attribuable à ce que la dose était moindre.

c) *Oxydases artificielles.* — Sous ce nom, nous entendons les liquides de Trillat (*loc. cit.*) qui ont été injectés à raison de 5 cc. à 6 malades (*Cuivre*, 1 pneumonie, 1 fièvre typhoïde ; *Manganèse*, 2 méningites tuberculeuses, 1 fièvre typhoïde). Dans tous ces cas, les phénomènes de métabolisme furent les mêmes que ceux qui ont été décrits pour l'emploi des solutions métalliques colloïdales mais singulièrement plus intenses, surtout avec le manganèse.

En résumé, l'administration à des malades, fiévreux ou intoxiqués par les toxines bactériennes, de préparations susceptibles d'activer les oxydations, a eu pour effet d'augmenter de façon intense et visible les échanges et de les amener à l'oxydation parfaite.

Le phénomène bien connu sous le nom de *crise favorable* ou de *défervescence* des maladies infectieuses, notamment dans la pneumonie où le phénomène est particulièrement net, s'accompagne toujours de la réapparition de l'urée en grande quantité et de surproduction d'acide urique, indiquant une poussée leucocytaire importante et une reprise du travail hépatique. C'est exactement ce qui s'observe avec les oxydases naturelles ou artificielles et avec les métaux colloïdaux. Ces phénomènes s'accompagnent d'une amélioration plus ou moins durable ; chez les pneumoniques, nous avons souvent constaté une défervescence définitive anticipée, se produisant dès le cinquième et le sixième jour. Dans les deux cas de méningite tuberculeuse, traités par la solution de manganèse colloïde, les phénomènes du métabolisme furent très accentués et les troubles paralytiques disparurent rapidement, semblant annoncer une amélioration notable des symptômes infectieux ; ces deux malades furent guéris de la méningite, mais sans que nous préjugions rien de la lésion tuberculeuse. Il faut également faire remarquer que les phénomènes obtenus se rapprochent singulièrement de ceux qu'on peut observer dans l'usage de divers sérums.

d) *Sérums thérapeutiques.* — Nous avons utilisé le sérum antidiphtérique dans 3 cas de pneumonie et le sérum de cheval dans 1 cas de tuberculose peritonéale avec pneumonie, 1 fièvre typhoïde simple, 1 fièvre typhoïde avec pneumonie, 1 pneumonie franche, 1 pleuropneumonie. Dans tous les cas, l'analyse urinaire dénote une augmentation notable des phénomènes d'oxydation, avec une poussée leucocytaire, surtout importante chez les pneumoniques, et une surproduction d'indoxyle. Ce dernier phénomène, très constant, indique une désintégration cellulaire en rapport avec une active réaction de défense.

Tous ces faits semblent autoriser à attribuer une action analogue à toutes les préparations susceptibles de rendre complètes les oxydations et à assimiler les oxydases artificielles, de quelque nature qu'elles puissent être, aux sérums thérapeutiques. Ces faits viennent en confirmation de ceux qui ont été rapportés par MM. Lumière et Chevrottier (*loc. cit.*) *Académie des Sciences* de mars 1904.

ESSAI DE SANATORIUM D'HOPITAL A DUNKERQUE

(Juillet 1901-Mars 1902)

par

le Dr Gustave Duriau
Lauréat de la Faculté et de l'Académie de Médecine de Paris,
Médecin des Hôpitaux de Dunkerque,
Directeur du Service Sanitaire.

C'était au printemps de l'année 1901, le Pr Albert Robin n'avait pas encore esquissé son programme de socialisme anti-tuberculeux (1), et l'Allemagne enorgueillie de la découverte du bacille de Koch, confiante en l'autorité de Grancher, qui avait osé enseigner et su prouver la grande nouvelle *que le tubercule porte toujours en soi le germe de sa guérison*, triomphait bruyamment avec ses quatre-vingt-dix sanatoriums et ses 7.200 lits (2) de tuberculeux.

Sans doute, nous avions précédé l'Allemagne dans la création des hôpitaux marins; sans doute, nous avions la belle œuvre d'Ormesson ainsi que celle de Villepinte. Nous pouvions encore nous féliciter de la ligue française contre la tuberculose (Dr Armaingaud), de la Société des sanatoriums populaires (Drs Sersiron et Dumaretz), de la Société de préservation contre la tuberculose (Dr Peyrot), et toutes ces Sociétés étaient patronnées par les représentants éminents de la médecine française.

Mais vraiment, tout cela permettait-il de soutenir la comparaison avec l'œuvre allemande? Et le patriotisme français ne pouvait-il pas se demander avec angoisse si le flambeau de la science et de la charité n'était pas passé de l'autre côté du Rhin? Quoi qu'il en soit, la croisade populaire en faveur des sanatoriums pour tuberculeux pulmonaires se prêchait ardente, enthousiaste, patriotique, par tout le territoire français, à Bordeaux (Dr Depreux), à Hyères (Dr Léon Petit), à Lyon (Dr Dumarest), à Moulins (Drs Méplain, Ranglaret et Gomot), à Nantes, à Poitiers (Dr Jablowski), à Tarbes (Dr Gaudy), à Toulouse (Dr Molinéry), à Tours (Drs Petit, Boureau et Beaudouin), à Versailles (Drs Fleury et de Fourmestreaux) (3), à Saint-Quentin (Dr Artaud), à Lille (Dr Ausset), etc., etc. Et partout l'enthousiasme du public répondait à ces ardentes prédications qui prouvaient, statistiques allemandes en main, la facile et presque certaine guérison de la tuberculose à tous les degrés.

A vrai dire, le public médical français ne partageait que médiocrement cet enthousiasme. Le médecin praticien en lutte journalière contre la tuberculose n'arrivait guère à se persuader de la facile et définitive curabilité de la consomption pulmonaire; mais les apôtres de la nouvelle doctrine étaient si nombreux, si convaincus, si qualifiés, si soutenus, que vraiment, à moins de passer pour tout particulièrement malheureux

(1) M. Albert Robin. *Revue de Paris*, 15 juillet 1903.
(2) Œuvre anti-tuberculeuse. — Carte dressée par le Dr Sersiron, 1900.
(3) Œuvre anti-tuberculeuse, 1900 pages, 74 à 88.

auprès de ses malades, le modeste praticien ne pouvait réellement pas ne pas sembler adhérer à la doctrine de l'extrême facilité de la cure des poitrinaires.

La croisade en faveur des sanatoriums se prêcha à Dunkerque; elle eut ce magnifique résultat d'émouvoir la Commission administrative des hôpitaux. Mais celle-ci, avec la froide décision et le calme bon sens des gens du Nord, décida de faire un simple essai et encore sur une toute petite échelle.

Il existe dans la riante commune de Rosendael, faubourg de Dunkerque, dans les vastes terrains où s'élève l'hospice de Dunkerque, un petit pavillon isolé réservé aux convalescents.

Ce pavillon dénommé Pavillon Frédéric Duriau (1) fut choisi comme lieu d'expérience, et la Commission administrative voulut bien nous en confier l'organisation et la direction.

Ce pavillon est situé à proximité de la mer du Nord; il est protégé contre les vents froids par un épais rideau de dunes et de constructions. Isolé de tous les autres bâtiments de l'hospice par une certaine distance et par des palissades, il est entouré d'arbres et son jardin est des plus fleuris.

Construit en bois, élevé sur un sous-sol, il ne comprend qu'un rez-de-chaussée sans étages, il a la forme d'un L ou d'une équerre de menuisier. Il s'étend de l'est à l'ouest. La grande branche de l'équerre mesure 11 mètres de long sur 5 mètres de large avec 4 m. 50 d'élévation. Elle cube 247 mc. pour dix lits et de plus est aérée par de larges fenêtres; les parois intérieures sont blanchies à la chaux; elle ne possède que le mobilier strictement indispensable, sans aucun tapis ni rideau.

La petite branche de l'équerre, s'étendant du nord au sud, comprend tous les bâtiments annexés, lavabos, vestiaire, cuisine, logement du personnel, etc., etc. Sur notre demande on construisit une vérandah adossée à la grande branche de l'équerre, exposée par suite aux vents du sud. Une religieuse consentit à s'isoler de ses compagnes, enfin il fut décidé qu'on imposerait une discipline aussi rigoureuse que celle des sanatoriums allemands et qu'on donnerait aux malades une nourriture riche, abondante et copieuse.

Pourtant, à propos du régime alimentaire, nous fûmes absolument d'accord avec l'administration quand elle trouva superflu d'offrir à des indigents du bureau de bienfaisance une cuisine raffinée telle que celle des sanatoriums payants. Au reste, voici ce régime alimentaire et nous le déclarons absolument suffisant pour une expérience de sanatorium d'hôpital.

Les repas étaient répartis et composés de la façon suivante : au réveil lait chaud; premier déjeuner à dix heures (potage, viande, légume, bière, vin, café), à une heure fromage, pain, beurre, bière); à cinq heures dîner (potage, viande ou œuf ou poisson, bière); à huit heures, lait. Jamais on n'exigeait du malade qu'il se gavât, on tenait strictement à ce qu'il s'alimentât régulièrement.

Quant au règlement, nous croyons inutile d'en donner les détails, il nous suffira de dire qu'il se rapprochait le plus possible de ceux existant déjà et tout particulièrement des prescriptions demandées par le Pr Letulle (2). Signalons toutefois que les malades devaient séjourner trois mois au sanatorium et se soumettre rigoureusement à la disci-

(1) Dr Frédéric Duriau, ancien chef de clinique de la Faculté de Paris (1857-1858), médecin à Dunkerque (1859-1899), médecin de l'hôpital de Dunkerque (1876-1896).

(2) Œuvre anti-tuberculeuse, 1900.

pline. Et nous appelons tout spécialement l'attention sur ce fait que le régime alimentaire n'a jamais *dépassé* le prix de 3 francs par jour (1).

Les renseignements qui précèdent démontrent que l'expérience faite à Dunkerque réunissait réellement, à un degré suffisant, toutes les conditions qui constituent le traitement des sanatoriums allemands.

Voyons les résultats :

Mais tout d'abord quels étaient les malades que nous devions choisir ?

Pour nous exprimer clairement, et éviter toute confusion, nous diviserons la gamme de l'évolution de la tuberculose en cinq notes :

1° Le *prétuberculeux* ou candidat à la tuberculose, non encore touché par la maladie, mais que décèle l'analyse du chimisme respiratoire d'après la méthode créée par le Pr A. Robin avec la collaboration de M. Maurice Binet;

2° Le *bacillaire* ou malade plus ou moins infecté de bacilles, mais avec des signes pulmonaires *à peine perceptibles* ;

3° Le tuberculeux à la première période de Laënnec (tubercules non ulcérés) ;

4° Le tuberculeux à la deuxième période (tubercules ulcérés avec expectoration muco-purulente ou purulente) ;

5° Le tuberculeux à la troisième période ou tuberculose cavitaire avec consomption pulmonaire, le phthisique.

Que le prétuberculeux et le simple bacillaire guérissent facilement, c'est un fait universellement reconnu : nous n'avions donc pas à vérifier, dans cet essai hospitalier, un fait affirmé et reconnu par tout le monde.

Mais les tuberculeux à la première, à la seconde, à la troisième période de Laënnec, sont d'une curabilité tout autrement difficile. C'est seulement à cette catégorie de malades que nous résolûmes de nous adresser. De plus, on sait à quel point la phtisie laryngée est rebelle à tout traitement ordinaire : il nous parut intéressant de recevoir une tuberculose laryngée.

OBSERVATIONS

A. Tuberculose à la fin du premier degré. — Toux sèche, expectoration muqueuse et très légèrement purulente, craquement dans les deux sommets avec quelques râles humides.

1° Gustave Lah... 37 ans, ouvrier du port, alcoolique invétéré, séjour total six mois (2 juillet 1901 ; 1er janvier 1902).

A l'entrée : Poids 70 k. 325 ; périmètre thoracique 92; bacilles de Koch.

A la sortie, poids 75 k. 200.

1er Octobre : périmètre thoracique 95 ; disparition des bacilles.

Première sortie le 5 octobre : le malade reprend ses habitudes d'alcoolisme, est pris d'une abondante hémoptysie, et rentre au sanatorium le 12 octobre.

A la rentrée du 12 octobre : poids 71 k. ; périmètre thoracique 92 ; quelques rares bacilles de Koch.

A la fin de décembre : poids, 75 kil. 200; périmètre thoracique, 93; plus de bacilles de Koch.

Quand le 1er janvier il s'évade en sautant au-dessus de la palissade pour aller s'énivrer. Quelques jours après, il sollicitait sa rentrée que nous lui refusions, estimant que le lit dont il disposait serait mieux employé pour un malade moins indocile.

(1) A Dunkerque le prix de la journée réclamée par l'hôpital aux Compagnies d'assurances est de 2 fr. 50.

2° Edouard Lob.... ouvrier du port, 43 ans, marié, séjour trois mois (28 juillet-5 novembre).

A l'entrée : poids, 58 kil. 500; périmètre thoracique, 89; bacilles de Koch.

A la sortie: poids, 64 kil. 700; périmètre thoracique, 95; plus de bacilles de Koch.

3° Albert Del.... journalier, célibataire, 22 ans, séjour trois mois et demi (27 août-10 décembre).

A l'arrivée : poids, 66 kil. ; périmètre thoracique, 91; bacilles de Koch.

A la sortie : poids 74 kil. 30; périmètre thoracique, 92; disparition des bacilles.

B. *Tuberculose au second degré.* — Râles muqueux disséminés par toute la poitrine, principalement dans les sommets. Expectoration muco-purulente ou purulente;

4° Louis Couv.... célibataire, 22 ans, maçon, séjour huit mois (1er juillet-1er mars).

A l'entrée: poids, 58 kilog.; périmètre thoracique, 84; bacilles de Koch très abondants.

A la sortie: poids, 66 kil. 70; périmètre thoracique, 90; diminution des bacilles de Koch.

5° Charles Cl.... 29 ans, célibataire, garçon d'hôtel, séjour six mois (1er juillet-1er janvier).

A l'entrée: poids, 60 kil. 200; périmètre thoracique, 85; bacilles de Koch.

A la sortie: poids, 64 kil. 400; périmètre thoracique, 90; bacilles de Koch.

6° François Cla.... ouvrier de filature, 44 ans, marié, séjour deux mois (30 août-2 novembre) sort sur sa demande.

A l'entrée: poids, 42 kil. 700; périmètre thoracique, 84; bacilles de Koch peu nombreux.

A la sortie: poids, 47 kil.; périmètre thoracique, 84; bacilles de Koch, mais très rares.

C. *Tuberculose à la troisième période.* — Caverne et consomption.

7° Romain Sneck.... cordonnier, 16 ans, coxalgie ancienne guérie avec raccourcissement. Séjour trois mois (17 juillet-17 octobre).

A l'entrée: poids, 30 kil. 100 périmètre thoracique, 66; bacilles de Koch.

A la sortie; poids, 31 kil. 600; périmètre thoracique, 70; bacilles de Koch.

8° Eugène de Saint-J.... 21 ans, journalier, célibataire, séjour un mois (3 octobre-31 octobre).

Accepté par commisération et sur ses très vives instances, ce malade étant convaincu que le sanatorium pourrait le guérir. Après 28 jours de séjour, nous sommes obligé, à la suite de violentes hémoptysies, de l'évacuer sur l'hôpital; il y succombe le 5 novembre.

9° Edouard Lom.... marin, marié, 43 ans, ancienne tumeur blanche du genou suppurée, entre en février 1902; le pavillon venant à être désaffecté, cet homme ne reste que trois semaines et est évacué sur l'hôpital où on l'ampute de la cuisse et où il meurt de tuberculose généralisée en 1903.

D. *Phthisie laryngée.*

10° Louis Host.... célibataire, 26 ans, employé aux bureaux du chemin de fer, séjour un mois (17 octobre-16 novembre).

A l'arrivée: poids, 48 kil. 300; périmètre thoracique, 77; bacilles de Koch très abondants.

Ce malade ne voulant pas s'astreindre au règlement, sort au bout d'un mois étant resté stationnaire.

L'expérience dut s'arrêter en mars 1902 par suite d'une épidémie de variole qui force à licencier le Pavillon Frédéric Duriau.

*
* *

Nous n'avons donc que dix observations.

Evidemment, c'est peu pour tirer des conclusions générales. Néanmoins, il nous paraît légitime de montrer l'enseignement que donnent ces quelques malades. Tout d'abord, nous pouvons dire que tous nos malades ont bénéficié d'une amélioration considérable, amélioration d'autant plus grande qu'ils étaient atteints d'une tuberculose moins avancée. D'autre part, il n'est pas douteux qu'il eût été impossible, vu leur condition sociale, de les faire profiter d'une si grande amélioration par un traitement à domicile. En conséquence, et jusqu'à nouvel ordre, le sanatorium d'hôpital, ou *aérium* de Brunon, qui ne coûte qu'un maximum de trois francs par jour est le moyen pratique le plus efficace dont nous disposions pour améliorer et guérir les clients tuberculeux de l'Assistance Publique.

Ajoutons que la nécessité de remplir ce devoir de charité et de solidarité sociales envers les tuberculeux pulmonaires pauvres se double de l'impérieux devoir de justice de protéger les autres malades des hôpitaux de la contagion tuberculeuse.

Or, n'est-il pas déplorable que nous soyions trouvé dans l'absolue nécessité de renvoyer à l'hôpital, dans les salles communes, plusieurs de nos malades à la sortie du sanatorium?

Sans doute, il serait sage de changer notre architecture hospitalière, de l'étendre sur une vaste surface en multipliant les pavillons isolés, de l'abaisser en hauteur en supprimant les étages, de transporter nos hôpitaux en pleine campagne; mais encore nous croyons pouvoir conclure dès à présent à la nécessité pour l'Assistance Publique des sanatoriums d'hôpital à l'instar de celui de Beaujon qui réussit si bien sous la direction du Pr Letulle et malgré l'insuccès des tentatives faites à Lariboisière.

Est-ce à dire que nous nous incrivions en faux contre l'initiative des Prs Grancher, A. Robin et Just Lucas Championnière qui préconisent avant et par-dessus tout la méthode de préservation des personnes saines par ce que nous avons appelé le socialisme anti-tuberculeux? En aucune façon et nous sommes pleinement d'accord avec ces éminents maîtres en constatant la difficile curabilité de la tuberculose avancée. En effet, nos statistiques immédiates qui donnent 80 0/0 de guérison se sont, tout comme les statistiques allemandes, peu à peu assombries au fur et à mesure qu'on s'éloignait de la sortie du sanatorium, tant et si bien qu'en 1903 le quantum des guérisons était tombé à 30 0/0, et les derniers survivants que nous avons suivis vont probablement disparaître sous peu. Mais nous distinguons soigneusement avec Grancher, A. Robin et Championnière, la lutte sociale contre le fléau tuberculeux d'avec le devoir d'assistance individuelle au malade.

Sur le terrain de la lutte sociale : le succès réside dans le socialisme anti-tuberculeux.

Sur le terrain de l'assistance aux tuberculeux pauvres : le succès va aux sanatoriums d'hôpital ou aériums de Brunon.

CONCLUSIONS

L'expérience de sanatorium ou aérium faite à Dunkerque sur dix malades (juillet 1901-mars 1902) démontre qu'il est possible et pratique de venir efficacement en aide aux tuberculeux, puisque tous les malades ont été améliorés et que le prix de la journée d'hôpital est resté inférieur à trois francs.

La nécessité de construire des sanatoriums d'hôpital, principalement sous forme de pavillons isolés, s'impose dans l'intérêt des tuberculeux qui sont améliorés et qui peuvent être guéris, et dans l'intérêt des autres malades hospitalisés qui doivent être arrachés aux dangers des contaminations tels qu'ils existent aujourd'hui.

Janvier 1904.

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THERAPEUTIQUE

Séance du 23 mars 1904

Présidence de M. Mathieu

M. Robin présente une note sur *l'action des peroxydes de calcium et de magnésium* : ces corps ont la propriété de mettre en liberté de l'oxygène, sous l'influence du suc gastrique. Si on les enrobe dans la kératine, on peut les utiliser comme antiseptiques intestinaux, le suc gastrique ne dissolvant pas la kératine. On peut se servir de ces corps comme moyen de diagnostic, car ils agissent spécialement sur les diarrhées par fermentation : à la dose de 1 gramme environ par jour, ils font perdre aux selles leur fétidité.

Peut-être même ces peroxydes peuvent-ils être absorbés par le sang, et rendront-ils alors des services dans l'anémie.

M. Adrian présente des ampoules contenant des *métaux à l'état colloïdal*, obtenus par voie chimique ou électrolytique. Ces solutions sont plus ou moins colorées, elles restent colorées après filtration : le métal y est donc bien à l'état de solution. Au bout de quelque temps, il se produit parfois des précipités.

Tous ces métaux peuvent jouer dans l'organisme, le rôle de zymases : ce sont des vecteurs d'oxygène. Ces expériences faites par MM. Robin et Bardet ont démontré que, surtout chez les pneumoniques, on provoque avec ces substances une augmentation énorme des oxydations, et un effet favorable sur la courbe thermique : on accélère ainsi la crise de défervescence.

Dans un cas, 0 gr. 05 d'oxydase manganésienne, en injection, ont fait rétrocéder des phénomènes paralytiques observés chez deux malades atteintes de méningite tuberculeuse.

Ces corps ne sont pas, actuellement, utilisables dans la pratique, car leur préparation est incertaine : le produit se précipite aisément, sans raison connue.

Les oxydases électrolytiques sont stérilisables par la chaleur.

M. Dalché lit une note concernant un cas *d'intoxication par la résorcine*. Il s'agit d'un enfant de 5 ans auquel on administra par erreur, par voie gastrique, environ 2 gr. 50 de résorcine. L'enfant eut des accidents très graves, dont il a guéri toutefois.

Comme la résorcine passe pour peu toxique, l'orateur attire l'attention de la Société sur ce cas ; il a, d'un autre côté, cherché inutilement dans les livres classiques des indications concernant les contre-poisons de la résorcine et le traitement à appliquer.

M. Crequy, à propos du lavage de l'estomac, qui dans les empoisonnements, rend de si grands services, rappelle qu'on peut, en cas d'urgence, se passer du tube Faucher et utiliser le tuyau à gaz de la cuisine avec un entonnoir ordinaire. Pour les enfants, la sonde d'hommes suffit.

M. Chevalier fait remarquer que la résorcine est éliminée par les urines sous forme de corps sulfo-conjugé et attire l'attention sur la recherche de ces corps dans les urines, dans le but d'évaluer la quantité de résorcine absorbée.

MM. Delherm et Zimmern font une communication concernant le *traitement électrique de l'entérite muco-membraneuse*. Ils recommandent l'emploi de deux larges électrodes, appliquées sur le rachis et l'abdomen, et font passer des courants galvaniques de 50 à 120 m A., maintenus pendant 10 minutes, puis ramenés à 0. Ensuite, on applique un courant faradique faible dans la plupart des cas.

Sur 46 malades de Delherm, 41 ont été revus : 5 seulement ont eu des rechutes. Le nombre moyen des séances est de 30.

On supprimera d'une façon brusque ou graduelle, toute médication évacuante.

Comment agit l'électricité ? Au cours de la séance, on n'observe aucune contraction intestinale : ce n'est que 10 à 12 heures après que la selle se produit. Il faut admettre sans doute une irritation de plexus solaire.

Les premières applications provoquent tantôt de l'excitation, de l'insomnie, tantôt de la fatigue, et dans tous les cas une augmentation de l'expulsion des membranes. Entre la 5e et la 10e séance, l'asthénie disparaît, la constipation tend à céder : entre la 10e et la 16e séance, apparaissent des selles pâteuses : dans les cas rebelles, on observe parfois des poussées aiguës avec douleurs et diarrhées. Au bout de 2 mois, les crises entéralgiques disparaissent : les accidents s'amendent du reste dans l'ordre suivant : 1° membranes, 2° douleurs, 3° constipation.

Les malades restent guéris : Zimmern a noté 2 insuccès sur 30 malades.

Dès le premier jour de traitement, il faut supprimer toute médication, même les grands lavements : on n'autorise, pour le commencement, qu'un peu d'huile de ricin tous les 4 à 5 jours et parfois un petit lavement froid pour réveiller le besoin de déféquer.

L'action de l'électricité s'exerce, probablement, selon Zimmern, sur la circulation intestinale ; la preuve indirecte du fait est fournie par l'action vaso-constrictive exercée par l'électricité sur l'utérus : la fibre musculaire est mieux irriguée.

M. Linossier trouve remarquables les succès des deux orateurs : l'entérocolite muco-membraneuse est en effet une affection des plus rebelles. Il espère que ces effets seront durables et se confirmeront dans la suite.

M. Delherm répond que si la grippe ou le surmenage ne viennent pas provoquer des récidives, ces résultats restent définitivement acquis. Les récidives cèdent d'ailleurs à quelques nouvelles séances galvano-faradiques.

M. Dubois a traité 10 malades de ce genre par le procédé de Doumer. Il a dû ne pas dépasser 60 m. A., les intensités plus élevées étant intolérables. Il a, du reste, obtenu trois guérisons et sept améliorations sur dix malades traités.

M. Mathieu, qui a suivi les expériences de Delherm, déclare avoir été hésitant au début, parce qu'il ne pensait pas que l'électricité pût guérir le spasme. Il a été agréablement surpris de ce qu'il a observé, même sur des malades ayant résisté à toutes les autres médications.

M. Blondel rappelle qu'il y a dix ans, il a fait à la Société une communication concernant la pathogénie de l'entérocolite muco-membraneuse : il s'agit, pour l'orateur, d'un trouble trophonévrotique, en relation avec des affections de l'appareil génito-urinaire. L'entérocolite se développe par une irritation nerveuse : il se produit des tiraillements.

Les succès enregistrés par le traitement électrique confirment l'hypothèse trophonévrotique et la nature nerveuse de cette affection.

M. Dignat a pu s'assurer que l'entérocolite tient à des états fort variables ; les métrites, les appendicites, parfois le neuro-arthritisme contribuent à la constituer. L'électricité statique seule n'améliore pas les malades, alors que si on ajoute à cette médication des injections de sérum artificiel, on obtient des résultats remarquables.

La méthode de Doumer n'a pas satisfait l'orateur : peut-être a t-il rencontré une série défavorable, ou bien M. Delherm et Zimmern en ont-ils rencontré une bonne. En général, du reste, ces malades suivent un régime, font de l'hydrothérapie, etc., et il est difficile de décider qui est le facteur principal de l'amélioration obtenue.

Il est probable que les sujets atteints d'entérocolite à la suite de lésions inflammatoires sont plutôt justiciables du traitement électrique, car le courant exerce dans un cas une action locale, alors que dans les formes dues à des troubles nerveux, cet effet local ne se produit pas.

M. Mathieu estime tout au contraire que ce sont les nerveux qui retirent du traitement électrique les meilleurs services, alors que les lésions abdominales, par leur persistance, maintiennent l'entérocolite.

M. Gallois est satisfait d'avoir une méthode qui supprime le dangereux abus des purgatifs qui fait tant de mal à tous les sujets atteints d'entérocolite.

M. Mathieu fait remarquer que l'abus des purgatifs, en irritant l'intestin, représente une de causes du spasme qui accompagne ou fait naître les accidents d'entérocolite.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies générales non infectieuses et intoxications

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Amélioration dans le régime des diabétiques, James Sawyer (*Brit. medical Journal*, 5 mars 1904). — Le régime approprié aux malades paraît être aujourd'hui la principale indication thérapeutique du diabète sucré. Dans le traitement de cette maladie on a reconnu depuis longtemps que l'abstention du sucre et d'autres aliments qui se transforment en glycose après l'ingestion diminue beaucoup la quantité du glycose des urines chez les diabétiques, diminue aussi la densité et la quantité des urines. Ces modifications coïncident avec l'amélioration de l'état général.

Jusqu'aux recherches de Mossé, on se faisait d'abord une règle thérapeutique de défendre les pommes de terre aux diabétiques. Cependant, loin d'être dangereuses pour les malades, elles sont au contraire utiles et permettent de supprimer le pain ordinaire dans une proportion suffisante pour maintenir la ration alimentaire, c'est-à-dire dans la proportion de deux et demi à trois pommes de terre pour une partie de pain. Mossé attribue aussi la supériorité des pommes de terre dans le régime diabétique à la présence des sels de potasse. La permission de cet aliment aux diabétiques constitue donc un grand progrès au point de vue du régime. Mais pour que les pommes de terre conservent leurs sels elles doivent être cuites avec leur peau à la vapeur. Si on les pèle, elles perdent à la vapeur une certaine partie de leur potasse et de leur acide phosphorique, plus encore si on les fait bouillir.

L'auteur propose encore de faire à l'usage des diabétiques du pain, des cakes et des biscuits avec de la farine de pomme de terre. Voici la recette qu'il a appliquée :

Prendre une demi-livre de farine de pommes de terre à la vapeur, un quart de livre de son, une once de levure, une demi-once de beurre, un œuf. Vingt-quatre heures avant de faire la pâte, faire cuire les pommes de terre à la vapeur, les peler et les réduire en farine avec les doigts. Mélanger tous les ingrédients ensemble et placer la pâte près du feu pendant une heure. Faire cuire dans un moule graissé, pendant une heure et demie.

L'auteur a l'habitude d'autre part de donner à ses clients des ordonnances de régime tout imprimées :

Permis : viande de boucherie de toutes sortes, excepté le foie. Porc, jambon, volaille, gibier, pommes de terre cuites à la vapeur dans leur peau. Poissons, huîtres, crabes. Biscuits de pommes de terre, œufs, crème, fromages, légumes verts, cresson, moutarde, laitue, noix, gelées, crèmes non sucrées.

Défendus : pain ou biscuits, sauf ceux de pomme de terre, sucre, asperge, brocoli, choux-fleurs, carottes, légumes farineux, pois, macaroni, riz, sagou, tapioca, vermicelle, pâtisserie, puddings, fruits frais et de conserve.

Boissons permises : Eau, thé, café, soda, vins du Rhin, bière en petite quantité, lait en petite quantité.

Boissons défendues : cacao, chocolat, champagne, stout, porter, liqueurs, cidre, vins doux, ale.

L. Jumon.

Les pellagreux et l'opothérapie, par le Dr Esteban Arjo (*La Clinica Moderna*, décembre 1903). — La pellagre est une maladie générale, avec troubles digestifs et nerveux accompagnés d'un érythème des parties du corps exposées aux rayons solaires. Les auteurs ne sont pas d'accord quant à la cause de la pellagre, car si beaucoup l'attribuent à l'ingestion de maïs avarié, d'autres dénient toute importance à cette étiologie. Le Dr Arjo nous apprend qu'aucun de ses deux malades ne mangeait de maïs, mais par contre tous les deux avaient une alimentation défectueuse et insuffisante.

Il croit avec Dieulafoy, Gaucher, Bouchard et autres que l'étiologie de cette maladie est une

alimentation insuffisante, ou tout au moins que cette dernière constitue un facteur très important, et voyant que le traitement typique ne donnait pas de résultats, il pensa à l'opothérapie et à la médication par les sucs organiques. La pellagre étant une vraie maladie de misère (comme l'appellent les Lombards), il faut chercher des médicaments propres à stimuler les phénomènes d'assimilation et à modérer la désassimilation : parmi les premiers on trouve la bonne alimentation, les corps gras, etc., parmi les derniers, l'arsenic, recommandé par Lombroso. Parmi les premiers on trouve aussi l'opothérapie qui remplit les conditions désirées et qui n'a pas encore été essayée.

Dans les deux observations qu'il cite, il a administré aux malades, en plus d'une bonne nourriture et de l'arsenic, l'opothérapie par voie sous-cutanée et digestive, celle-ci sous forme de moelle osseuse (100 grammes par jour), la première sous forme d'extrait testiculaire de mouton. Tous les jours pendant le premier septénaire, il injectait 2 grammes de suc testiculaire dans les limites de l'érythème pellagreux, un jour aux mains, l'autre aux pieds. Après la première semaine il faisait les injections tous les quatre jours à raison de 6 à 8 grammes par séance.

Comme effets immédiats ou comme phénomènes locaux il a noté des douleurs après les injections, douleurs qui cessaient et reparaissaient pendant 4 ou 5 heures après l'injection. Au point de la piqûre on apercevait une tuméfaction érythémateuse avec élévation thermique.

Comme effets immédiats et plus définitifs on nota : dans le premier septénaire, atténuation des symptômes digestifs, disparition du délire et linappétence ; mais ce qui a plus frappé a été la diminution de l'érythème, à sa place se manifeste une desquamation semblable à celle de la petite vérole.

A ce moment l'auteur supprima l'arsenic et diminua les injections.

Au bout de 15 jours le malade était rétabli.

La seconde observation est semblable à la première, avec la seule différence que l'état de la malade n'était pas si grave.

L'auteur en déduit les conclusions suivantes :

1° Le maïs en lui-même n'est pas la cause de la maladie ; il ne constitue qu'une alimentation insuffisante ;

2° L'opothérapie en tant que médication servant à augmenter les phénomènes d'assimilation est indiquée dans les maladies où la désassimilation ne se fait pas en raison directe de l'assimilation :

3° La durée de la médication, à moins d'intolérance invincible, ne sera pas inférieure à trois semaines. Passé ce temps, on suspendra le traitement pour le recommencer quelques jours après.

F. Bérini.

Causes et traitement du rhumatisme chronique, par Ralph Stockman (*The British med. J.* 27 février 1904). — En ce qui concerne l'étiologie du rhumatisme chronique, l'auteur distingue les causes primitives des indurations fibreuses et les causes des exacerbations une fois que les épaississements fibreux ne sont établis. Ces derniers surviennent souvent à la suite du rhumatisme aigu, et d'un autre côté toute affection fébrile, un exercice violent, le froid, etc., réveillent les douleurs dans ces indurations.

Les bains chauds, le massage, la phénacétine, la poudre de Dover, le salicylate de soude, les applications locales de salicylate de méthyle soulagent les malades pendant les exacerbations aiguës, mais seulement d'une façon temporaire et pour quelques heures. Les douleurs reprennent dès qu'on cesse le traitement et le malade est sujet à de nouvelles attaques sitôt qu'il s'expose au froid, à l'humidité ou à la fatigue.

Pour obtenir une guérision définitive et empêcher le retour de nouvelles attaques, il faudrait faire complètement disparaître les indurations fibreuses. Les seuls moyens capables de donner ces résultats sont le massage, les exercices, la faradisation et les injections d'acide chromique dans les indurations fibreuses. Le massage est un procédé très efficace. Il doit être dirigé spécialement contre les épaississements : au début on le pratique légèrement, puis avec de plus en plus de vigueur, surtout lorsque les nodosités sont très dures. Celles-ci doivent disparaître entièrement si l'on veut éviter les récidives. Souvent elles disparaissent en deux ou trois semaines, mais il faudra souvent plusieurs mois pour obtenir ce résultat.

On pratiquera aussi des exercices passifs ayant pour effet de distendre les aponévroses et les muscles affectés.

Le courant faradique doit être appliqué sur chaque région pendant cinq à dix minutes par jour. Il a pour effet de diminuer le gonflement du tissu fibreux.

La méthode des injections d'acide chromique n'est applicable que si les nodules sont parfaitement limités de manière à ce qu'ils soient seuls influencés par l'injection. On ne doit pas traiter par les injections les nodules superficiels parce qu'on risquerait de produire des lésions sérieuses de la peau. On injecte dix gouttes ou moins d'une solution de 1 gramme d'acide chromique pour cent d'eau.

Les purgatifs légers sont indiqués en cas de constipation. Quant aux médicaments pouvant faciliter la résorption du tissu fibreux, on n'en connaît pas. L'iodure de potassium peut être donné dans les cas tout à fait récents. Les salicylates diminuent la douleur pendant les exacerbations, mais leur action n'est pas curative. Il en est de même de la phénacétine, du phénazone, de la quinine et des composés analogues.

Les alcalins, le chlorhydrate d'ammoniaque, le colchique, le gaïac, l'actœa racemosa ne donnent pas de résultat. L'iode et les révulsifs locaux sont des adjuvants utiles en application sur les articulations.

Le traitement hydrominéral et thermal donnera ses meilleures effets dans les cas récents, mais dans les cas anciens, le soulagement n'est souvent que temporaire. Ce sont surtout les eaux sulfureuses qui sont indiquées.

Au point de vue du régime, on évitera surtout tout ce qui peut provoquer des fermentations intestinales et donner lieu à des produits irritants. L'alimentation sera seulement suffisante et mixte.

Les climats secs stimulants apportent souvent la guérison spontanée. Une atmosphère humide et un climat marin aggravent les symptômes et semblent favoriser les conditions étiologiques du rhumatisme.

Le traitement chirurgical peut intervenir pour extraire les nodules qui sont douloureux et qui ont résisté à tous les traitements. Leur ablation donne un soulagement complet, mais l'opération n'est pas toujours facile en raison de la situation souvent profonde des nodules.

L. Jumon.

Maladies des Voies digestives

Dr Soupault

Médecin des hôpitaux

Un traitement nouveau de l'ulcère stomacal (*Soc. méd. de Hambourg*, 1er déc. 1903). — Lenhartz, depuis 11 ans déjà, étudie cette question et il arrive aujourd'hui aux conclusions suivantes : il est fort douteux que la diète absolue soit indiquée après une hématémèse par ulcère stomacal ; en outre, il est douteux qu'une alimentation réduite, pendant quelques semaines après l'hématémèse, soit profitable au malade. Ces principes sont en contradiction avec ceux qui président au traitement consécutif des hémorragies graves : on cherche alors par une alimentation fortifiante à relever l'état général. En cas d'ulcère stomacal, on maintiendra jusqu'à la sixième semaine souvent, le sujet en état d'insuffisance nutritive marquée. L'orateur, s'appuyant sur 60 observations, estime que cette manière de faire est erronée. Dans l'immense majorité des cas, l'ulcère stomacal s'accompagne d'hyperacidité, et l'on reconnaît que les douleurs sont rapidement supprimées, si, quelques heures après une hématémèse même abondante, on administre des œufs aux malades.

Les œufs crus, bien brouillés, glacés, sont donnés par cuillerées à café ainsi que du lait. Le premier jour on donne 2 œufs et 200 grammes de lait, en augmentant d'un œuf tous les jours jusqu'à huit, chiffre définitif à partir du septième jour ; pour le lait, on augmente chaque jour de 100 gr. jusqu'à 1.000 au neuvième jour (chiffre définitif). On donne du riz au lait, à partir du septième, du zwiebach à partir du huitième, du jambon et du beurre à partir du dixième jour. Le repos au lit est absolu : vessie de glace sur l'épigastre jusqu'au dixième jour. Comme médicaments, du bismuth, des pilules de Blaud.

Sur 60 malades, 35 n'ont pas souffert pendant toute la durée de la cure, chez les autres les douleurs ont disparu au bout de 2 à 8 jours. Les vomissements ont rapidement cessé chez tous les malades, dont un seul qui présentait cinq ulcères à la fois, dont 2 au duodénum, est mort. Des 59 malades restant, 4 seulement eurent une seule récidive.

E. Vogt.

Traitement de l'ulcère stomacal (*München. med. Wochenschrift*, nos 1 et 2, 1904). — Wagner est un partisan du traitement de Lenhartz, qui recommande un régime très riche en albuminoïdes, et s'oppose au régime lacté absolu, qu'il accuse de débiliter les malades et de retarder la cicatrisation de l'ulcère. Wagner applique ces principes depuis cinq ans dans la maison de santé qu'il dirige à Eppendorf : même en cas d'hématémèse récente, il administre un régime albuminoïde concentré, dans le but de saturer l'acide chlorhydrique en excès et de combattre l'anémie.

Dans soixante cas, on a prescrit ce qui suit : repos absolu au lit : dès le premier jour de l'hématémèse, œufs crus, battus ou additionnés de vin : on arrive à huit œufs par jour à la fin de la semaine. On commence par 200 grammes de lait glacé, en augmentant chaque jour de 100 grammes jusqu'à un litre : ce lait est donné par cuillerées. A partir du 7e jour, 35 grammes de viande de bœuf crue, râpée, mêlée aux œufs : on arrive peu à peu à 70 grammes. Au bout de deux semaines, on ajoutera

des bouillies au riz ou à la semoule ; à la quatrième semaine, alimentation mixte, avec exclusion des légumes qui provoquent du météorisme. En cas d'anémie marquée, arsenic ou pilules de Blaud réduites en poudre dès le huitième jour.

Sept malades seulement ont présenté des récidives ; chez tous les malades traités, les douleurs ont rapidement disparu. L'amélioration de l'état général est rapide, l'examen du sang a montré de même un prompt retour à la normale.

58 malades ont été définitivement guéris.

E. Voet.

Pancréatite aiguë et son traitement, par Fug. Opie (*Medical Record*, 20 fév. 1904). — Le diagnostic de la pancréatite aiguë a été rarement fait jusqu'à présent et c'est à l'autopsie seulement qu'on a reconnu en général l'affection. Cependant les formes graves présentent un ensemble caractéristique au point de vue du diagnostic. L'attaque est subite, accompagnée d'une douleur épigastrique intense, colliquative, suivie de vomissement graves, de distension et de sensibilité de la région supérieure de l'abdomen.

Il y a un collapsus marqué, la face et les extrémités sont froides, souvent cyanosées, couvertes de sueurs froides. Le pouls est petit, rapide, la température est souvent subnormale. Comme la constipation et les vomissements sont des symptômes fréquents, on croit facilement à une obstruction intestinale. Si ce syndrome se montre chez des sujets corpulents, alcooliques, atteints de calculs biliaires, de catarrhe gastro-duodénal, d'artériosclérose, ce diagnostic est encore plus probable.

La pancréatite aiguë se différencie difficilement au point de vue clinique de la péritonite par perforation ou de l'obstruction intestinale aiguë. Le meilleur moyen de diagnostic et de traitement consiste dans la laparotomie précoce. Le diagnostic sera établi si l'incision exploratrice révèle une nécrose graisseuse. Les cas graves succombent dans les quatre ou cinq premiers jours, ceux qui survivent sont en général atteints de péritonite généralisée, d'abcès ou de nécrose du pancréas. Dans quelques cas seulement la maladie s'arrête dans son évolution.

L'opération a pour but de donner issue à l'exsudat. Après l'évacuation du pus, on pratique une irrigation et le drainage. Celui-ci se fait soit en avant soit en arrière. Dans quelques cas, on a trouvé des calculs biliaires, dont l'extraction a été suivie de guérison.

L. Jumon.

Contribution au diagnostic et au traitement de la lithiase biliaire, par Karl Grube (*Allgem. med. Contr. Zeit.*, 27 février). — Toutes les fois que les calculs ne se comportent pas comme des corps étrangers inoffensifs il existe une inflammation qu'il faut combattre par le repos de la partie enflammée, par des dérivatifs et en empêchant l'afflux du sang au siège de l'inflammation. Il faut combattre ensuite les phénomènes d'irritation qui se manifestent au voisinage, enfin il faut chercher à exercer une influence sur la sécrétion biliaire. Le traitement sera par conséquent local, diététique et médicamenteux.

Le traitement local consiste d'abord dans l'application de cataplasmes chauds de farine de lin, de fango ou de boue. Les bains suivis de douche froide ont une action moins intense. Les cataplasmes sont employés pendant quelques semaines, 2 à 4 heures par jour. Pendant la durée de leur emploi, Grube fait boire un verre d'eau minérale chaude par gorgées.

Si les troubles sont peu marqués, douche après le bain de plus en plus chaude pendant 5 à 10 minutes ; on ne doit pas finir par une douche froide. Le malade doit ensuite se coucher.

La constipation est combattue par des laxatifs ou mieux par des lavements d'huile donnés le soir avant le coucher, le bassin élevé. Le lendemain matin les selles ont lieu spontanément ou bien on administre trois quarts de litre d'une infusion de camomille. Ces lavements sont donnés tous les deux jours, puis plus rarement. La durée de cette cure de repos et de chaleur est au moins de quatre semaines.

Le traitement diététique ne doit pas être excitant, il doit faciliter les selles et la sécrétions biliaire et éviter l'embonpoint même chez les sujets maigres. Les repas doivent être fréquents et peu abondants. Ici se rattache le traitement hydro-minéral.

Grube prescrit le matin à jeun 400 à 500 gr. d'eau minérale très chaude. Les malades vigoureux vont se promener, les faibles boivent l'eau au lit et font une promenade avant le déjeuner, qui se compose de café ou thé avec beaucoup de lait, œuf, viande froide, pain blanc grillé, beurre.

Une heure après bain, avec douche chaude, suivi de repos au lit avec cataplasmes chauds pendant deux heures. Le malade boit en même temps 200 à 250 gr. d'eau minérale chaude. Une heure avant le repas de midi, une tasse de lait chaud.

Repas de midi. Pas de soupe, poisson maigre, viande rôtie, peu grasse, légumes en abondance à l'exception de la salade. Compotes,

pas d'aliments sucrés. Comme boissons, le mieux est de boire après le repas un peu de vin léger avec de l'eau minérale ordinaire ou de l'eau pauvre en acide carbonique.

Repos d'une demi-heure à une heure après le repas, puis promenade. Eviter pendant le traitement les longues promenades, les ascensions de montagne, les courses en voiture.

Une heure et demie avant le repas du soir, le malade boit encore 500 grammes d'eau minérale chaude.

Ce repas fait de bonne heure, se compose de viande, de purée de pommes de terre ou de légumes et de fruits cuits. Avant de se coucher le malade boit un verre de lait chaud ou simplement un verre d'eau chaude par gorgée, s'il est obèse.

Il y a peu à dire sur le traitement médicament. On a recommandé le salicylate de soude, l'eunatrol, l'oléate de soude.

Les purgatifs sont employés si le régime et les eaux ne suffisent pas. La cure d'huile constitue le meilleur moyen pour combattre la constipation et obtenir un résultat durable.

Quant à l'intervention opératoire, elle doit être conseillée :

1° Dans tous les cas de lithiase biliaire où les coliques hépatiques se renouvellent rapidement malgré l'émission de calculs et lorque les malades s'affaiblissent pour cette raison ;

2° Dans les cas où les accès se renouvellent sans émission de calculs et lorsque les malades ont dans l'intervalle des troubles graves sans avoir de l'ictère ;

3° Dans les cas d'hydropisie ou d'empyème de la vésicule;

4° Dans l'ictère chronique consécutif à des coliques, sans que ces dernières se renouvellent ;

6° Lorsque des phénomènes surviennent qui font conclure à des adhérences étendues : iléus, sténose du pylore, sensation persistante de pression, perte d'appétit, trouble digestif, affaiblissement progressif.

Enfin il faut tenir compte de l'état général des malades avant de se décider à leur conseiller l'opération.

L. Jumon.

Traitement de la cirrhose du foie par l'hypodermoclyse au liquide ascitique, par le Dr Bayo-Vilauvre (*El jurado Medico Farmaceutico*, 21 décembre 1903). — L'auteur a eu à traiter pendant les deux derniers mois, quatre malades atteints de cirrhose, deux de cirrhose *porte*, un de cirrhose bilaire et un autre qui commença par être biliaire et devint vasculaire. Les deux premiers et le dernier présentèrent de l'ascite, le troisième n'a pas présenté le moindre épanchement péritonéal.

Vu le peu de résultats obtenus avec le régime lacté, les iodures à haute dose, le calomel, la boldoglucine et l'opothérapie hépatique sous forme de pulpe de foie de porc légèrement cuit, l'auteur eut l'idée d'employer une espèce d'organothérapie nouvelle, qui a été employée dans d'autres maladies (infections diverses, épanchements pleurétiques) mais n'avait pas encore été essayée (avril 1902), dans les affections de ce genre. Il s'agit du liquide ascitique. Au premier malade traité atteint de cirrhose atrophique, avec ascite considérable, fréquentes épistaxis, on retira par la paracentèse six litres de liquide, puis sans achever de vider le contenu péritonéal, on recueillit dans un bocal stérilisé cinquante grammes du liquide qu'on injecta dans les deux hypochondres. Les résultats furent une abondante émission d'urine (4 litres par jour), la disparition de l'ascite et une amélioration progressive du malade, à tel point qu'une nouvelle ponction ne fut nécessaire qu'au bout de quatre mois et une au bout de six mois. Actuellement il n'existe aucune tendance à la reproduction de l'ascite.

Le second cas concerne une malade qu'il fallait ponctionner tous les vingt ou trente jours : après l'hypodermoclyse de liquide ascitique, six mois se sont écoulés sans nouvelle ponction, mais il faudra la répéter bientôt.

Un troisième cas de cirrhose mixte n'a pas bénéficié franchement de l'injection, car malgré une abondante émission d'urine plus colorée que d'habitude, le malade mourut vingt jours après d'urémie.

En même temps et avec le même liquide ascitique on injecta un quatrième malade atteint de cirrhose biliaire hypertrophique, avec grandes modifications dans les fonctions glycogéniques. Dans ce cas la réussite a été surprenante, car deux mois après l'injection de 300 grammes de liquide, le malade n'avait plus d'ictère, la production d'urée avait augmenté ainsi que le coefficient urotoxique, malgré la persistance de l'augmentation du volume du foie.

On peut déduire de ces faits que l'emploi du liquide ascitique en injections hypodermiques chez les cirrhotiques, est inoffensif et de grande utilité, à cause de son action diurétique et tonique sur les reins et la cellule hépatique.

F. Berini.

Les compresses d'alcool dans le traitement de la périthyphlite (*Medicin. Obosr.*, n° 19, 1903). — Dans quatre cas de périthyphlite Tyznesko a

observé de bons résultats par l'application locale des compresses d'alcool (on donnait encore de l'opium à de petites doses). Déjà quelques heures après l'application des compresses on a noté une diminution notable des douleurs, l'arrêt des vomissements, la disparition du hoquet et une amélioration considérable de l'état général. L'insomnie et l'agitation des malades ont été remplacées par un sommeil tranquille. Tous les malades ont guéri ; pas un n'a gardé la moindre sensibilité du côté du ventre. Il n'y a pas eu des phénomènes d'irritation locale; dans un cas on a noté que la peau est devenue légèrement rouge.

Lorsqu'on applique une compresse, le mieux est de la recouvrir d'une feuille de papier.

J. Roubleff.

Appareil pulmonaire
Cœur et Vaisseaux

Dr G. Lyon

Ex-chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Traitement de la toux dans les cas avancés de tuberculose pulmonaire par Barty King, (*The Scottish med. and surg.* J. mars 1904). — Depuis que la méthode de traitement à l'air libre a été universellement adoptée, on croit qu'on peut et même qu'il faut se passer de tout médicament, surtout en ce qui concerne la toux. Cependant l'auteur qui a été médecin de Brompton Hospital a constaté que les cas les plus graves de toux chez les malades en traitement dans les sanatoriums n'ont pu être soulagés que par un traitement pharmaceutique bien compris. On ne doit d'ailleurs avoir recours aux médicaments actifs qu'en cas de nécessité.

Lorsqu'un malade est atteint d'une toux excessive au cours d'une tuberculose pulmonaire, toux compromettant les forces du malade, il faut d'abord en chercher les causes. On distinguera ici les causes externes : changements subits de la température de l'air, air humide; et les causes internes : pharyngite, laryngite, trachéite, pleurésie, irritation des ganglions bronchiques, expectoration épaisse, dyspepsie acide. Parmi les autres causes, il faut mentionner les exercices excessifs.

La toux du matin, même dans les cas avancés, est salutaire et ne réclame pas de traitement. Cependant si la toux épuise les malades, l'auteur préfère à tout autre médicament une tasse de lait chaud additionné d'un peu de chlorure de sodium, en recommandant au malade de le boire à petits traits. Si le moyen ne réussit pas, il se gargarisera avec de l'eau froide additionnée de bicarbonate de soude.

La toux nocturne est souvent associée avec de la bronchite chronique et de l'emphysème. Le remède le plus sûr consiste dans des pilules d'ipéca et de scille, que l'on donne au moment du coucher.

La toux excessive qui se produit en se mettant au lit est le plus souvent due au changement de position. Un verre de lait chaud bu à petites gorgées pourra provoquer l'expectoration, après quoi la toux cesse. Dans la journée il peut se produire une toux pénible, accompagnée d'expectoration spumeuse chez les emphysémateux.

L'auteur préconise dans ce cas la mixture d'ipéca et de scille :

Citrate de potasse.....	0 gr. 90
Acétate d'ammoniaque...	6 gram.
Teinture de scille.....	XII gouttes
Vinaigre d'ipéca.....	X —
Infusion d'anis.....	30 gram.

Les inhalations de vapeurs de créosote stimulent l'appétit dans la bronchectasie simple, mais ont un effet opposé dans la bronchectasie tuberculeuse.

Contre la toux qui survient après les repas, on peut employer divers sédatifs gastriques, mais l'auteur recommande surtout le gargarisme froid additionné de bicarbonate de soude.

La toux due à des lésions trachéales sera combattue par des injections intra-trachéales de menthol et d'huile d'olive. L'association de la morphine et de l'apomorphine a donné parfois de bons résultats dans la toux de la phtisie avancée. L'apocodéine a été efficace dans la formule suivante :

Apocodéine.....	0 gr. 006
Térébenthine.....	X gouttes
Mucilage.....	12 gram.
Eau camphrée q. s. pour 15 grammes.	

L'hydrate de terpine est un médicament utile qui agit mieux encore dans certains cas lorsqu'on l'associe avec l'héroïne, surtout dans les types emphysémateux.

On donne en pilules 0,30 centigrammes d'hydrate de terpine et 0,004 milligrammes d'héroïne. Donnée seule, l'héroïne est beaucoup moins efficace dans les cas avancés.

La strychnine serait un des meilleurs expectorants et, administrée à doses convenable, elle peut arrêter rapidement des quintes de toux, surtout lorsque le cœur est faible ou lorsque la toux est due à un certain degré de congestion pulmonaire.

L'exercice modéré peut agir favorablement sur la toux, mais il ne faut pas oublier que l'exercice excessif l'aggrave toujours.

L. Jumon.

L'Hétol dans la tuberculose (*Medicin. Oobsren.*, n° 19, 1903).—Dans vingt-sept cas de tuberculose pulmonaire à différents degrés, Kressine a employé des injections sous-cutanées d'hétol. Il s'est servi d'une solution à 2 1/2 0/0.

Les phénomènes locaux à la suite des injections ne se traduisent que par une sensation de cuisson, du reste peu prolongée et peu intense, au point de la piqûre. L'état général des malades s'améliore; ils demeurent plus vaillants, plus gais et plus loquaces; le travail — physique ou intellectuel — se fait plus facilement; parfois on constate une certaine excitation.

La température s'élève généralement après les premières injections (de 0, 2 à 1,6); au bout d'une semaine environ la température tombe progressivement, arrive à la normale où elle se maintient pendant deux semaines (l'auteur n'a pas observé ses malades pendant une période plus longue).

Dans les cas graves l'hétol n'exerce aucune action sur la température. La toux diminue parfois, même elle disparaît. Les crachats diminuent, deviennent muqueux; le nombre des bacilles diminue. Le murmure vésiculaire devient plus net et les râles moins nombreux. L'auteur n'a pas observé d'hémoptysies provoquées par l'hétol. Les douleurs de poitrine diminuent et disparaissent; il en est de même des sueurs nocturnes. L'appétit s'améliore, le sommeil devient plus tranquille, le poids augmente (sauf dans les cas graves). Le meilleur résultat obtenu a été dans les cas où un seul sommet était atteint. Dans les cas où les deux sommets étaient atteints, le résultat a été très satisfaisant si le processus était torpide.

Dans les lésions pulmonaires étendues les résultats du traitement sont peu sensibles et ne se manifestent que lentement.

Dans les cas très avancés, le traitement ne fait que prolonger la maladie.

Dans la tuberculose miliaire, l'hétol est impuissant.

L'auteur a fait ces injections dans la région des omoplates en commençant par une division et arrivant progressivement à une seringue entière (solution aqueuse à 2 1/2 0/0). Il vaut mieux se servir chaque fois d'une solution fraîchement préparée.

Si la réaction est intense du côté du malade, s'il se produit quelques complications, on n'augmentera pas la dose; il vaudra même mieux suspendre complètement le traitement La durée du traitement est au moins de trois mois. Mais l'auteur n'a pas eu l'occasion d'observer ses malades aussi longtemps.

J. Roubleff.

De l'emploi du thiocol (sulfogaïacolate de potasse) dans la tuberculose pulmonaire, par Bealioz (*Le Progrès médical*, 27 février 1904). — Les divers composés créosotés et gaïacolés sont employés depuis un temps assez long pour que l'on ait pu juger leurs effets; ils ne peuvent être considérés comme des spécifiques de la tuberculose, mais ils ont une grande utilité et beaucoup de malades en retirent de sérieux avantages.

Le thiocol non seulement n'a aucune action irritante ou nuisible sur les fonctions digestives, mais il est un stimulant de l'appétit, il est très soluble dans l'eau avec un léger goût salé et amer.

Cette absence d'irritation est due à sa composition chimique qui en fait un sel dont les affinités basiques et acides sont saturées. Par sa grande solubilité, il se dilue facilement avec les sucs intestinaux et s'absorbe rapidement. Quant à la stimulation de l'appétit, elle n'a manqué dans aucun cas, tantôt modérée, tantôt considérable.

Le second effet est la fluidification et la diminution des expectorations.

Le thiocol, comme la créosote, s'élimine par les voies respiratoires et modifie au passage la muqueuse aérienne. La diminution des craquements humides atteste cette modification.

Les urines des sept malades traités par l'auteur ont été examinées au point de vue de l'action du thiocol sur la nutrition: cette action est manifestement favorable.

Les doses quotidiennes n'ont pas dépassé 3 gr. par jour.

E. Vogt.

L'insuffisance respiratoire: traitement par la gymnastique et la rééducation respiratoires, par Rosenthal (*La Presse médicale*, 19 mars 1904). — En tête des sujets passibles du traitement, on placera les adénoïdiens et les faux adénoïdiens.

L'auteur ayant été frappé de l'inégalité des résultats de l'ablation des végétations adénoïdes et des amygdales hypertrophiées, a reconnu que dans les cas défavorables, l'organisme n'a pas su profiter de la guérison anatomique.

Il est alors indispensable de faire suivre la guérison anatomique d'une éducation physiologique.

Les mêmes considérations s'appliquent d'une manière absolue aux obstacles anatomiques situés dans les fosses nasales.

Sous le nom de faux adénoïdiens, l'auteur désigne des sujets ayant le facies adénoïdien, mais chez qui l'examen ne fait voir aucun obstacle mécanique à l'introduction de l'air par les voies naturelles.

a) Les uns, adultes, ont été vraiment adénoïdiens dans leur enfance, et ont gardé l'habitude vicieuse de la respiration buccale, même lorsque la croissance en a modifié les conditions anatomiques.

b) Les autres ont perdu la respiration nasale à la suite d'inflammations ou de congestions passagères et répétées de la muqueuse. Ils ont dû perdre ainsi pendant plusieurs semaines l'habitude de respirer par le nez, la respiration anormale a persisté après la guérison des inflammations de la pituitaire.

c) Enfin les derniers deviennent faux adénoïdiens sans cause appréciable.

La gymnastique respiratoire est le traitement électif, rapide, spécifique de la pseudo-hypertrophie du cœur de croissance : elle ramène l'équilibre entre les organes du thorax et produit la guérison tant attendue par les autres modes de traitement.

Quelques résultats heureux permettent de supposer que la gymnastique respiratoire serait un utile adjuvant du traitement de la chlorose.

Un grand nombre de convalescences difficiles et lentes sont dues à l'insuffisance respiratoire, et cela est vrai également pour certaines infections prolongées.

Le plus beau domaine de la gymnastique respiratoire est la lutte contre la tuberculose : elle est, en effet, le traitement spécifique de la prévention de la tuberculose.

Non seulement la gymnastique respiratoire prévient la tuberculose pulmonaire, mais elle peut, au début de la forme ordinaire, contribuer à la guérison, de même qu'elle peut en fixer le diagnostic.

Il est toute une catégorie de sujets qui ne respirent pas, par insuffisance du diaphragme. Cette inertie du diaphragme entraîne les plus graves conséquences.

L'insuffisance du diaphragme est liée, dans un grand nombre de cas, à la sténose respiratoire nasale; dans ce cas, le diaphragme limite sa course pour ne pas tirailler un poumon insuffisamment distendu par l'air inspiratoire. Souvent l'insuffisance diaphragmatique a une existence propre.

Du côté de sa face abdominale, trois séries de facteurs limitent le jeu du muscle diaphragme.

a) Au cours de la grossesse, par une accomodation physiologique facile à concevoir, le jeu du diaphragme est entravé.

b) Toute affection inflammatoire du péritoine diaphragmatique limite le jeu de ce muscle.

c) Toute distension gazeuse de l'abdomen ou des organes abdominaux refoule le diaphragme et crée d'une façon temporaire une insuffisance diaphragmatique qui pourra survivre à la disparition du facteur initial. Les fermentations gastro-intestinales en particulier peuvent à tout âge provoquer une cachexie respiratoire. La cachexie du gros ventre des nourrissons cachectiques est en partie due au refoulement et au tamponnement pulmonaire; la gymnastique respiratoire conduite d'une manière spéciale, aidée d'un léger massage du ventre, a donné à l'auteur plusieurs fois des résultats inattendus.

Les distensions abdominales par ascite prêtent aux mêmes considérations.

E. Vogt.

Affections valvulaires du cœur et leur traitement, par Stephen S. Burt (*Medical Record*, 5 mars 1904). — Ces affections valvulaires dans la première moitié de l'existence, lorsqu'elles sont bien compensées, ne sont pas particulièrement dangereuses lorsque survient une pneumonie ou lorsqu'on emploie les anesthésiques, il n'en est plus de même dans un âge plus avancé. Dans toute affection organique du cœur, le médecin doit expliquer à son malade, sans exciter ses appréhensions, la juste signification de l'affection dont il souffre. Un bon sommeil, de l'air pur, une alimentation légère sont les facteurs importants pour maintenir en bon état la santé de ces malades. Il faut, en général, éviter les alcooliques. Les bains très chauds, les bains russes sont excessivement dangereux, ainsi que les baignades. Les sujets se livreront à un exercice modéré à l'air pur, en évitant les exercices violents; modération dans le boire et le manger.

Lorsque survient la rupture de la compensation, annoncée par la dyspnée, parfois la cyanose, les palpitations, le repos est de première importance. Dans certains cas, le massage rend souvent des services. Les bains, tels que ceux de Nauheim, conviennent mieux aux troubles fonctionnels qu'aux lésions organiques. Lorsque l'engorgement veineux devient excessif, on peut obtenir un grand soulagement par la saignée. Beaucoup de symptômes cardiaques sont très efficacement combattus pas de petites

doses de calomel. La digitale est un des médicaments les plus indispensables. Mais lorsqu'il existe de l'anasarque très étendue, il est quelquefois nécessaire de combattre la tension par des ponctions avant d'employer la digitale. Lorsqu'il est indiqué d'employer un autre médicament, on s'adressera d'abord au strophantus qu'on donne à dose de cinq gouttes toutes les quatre heures. La strychnine est utile comme stimulant cardiaque, mais on ne doit pas la donner à hautes doses pendant longtemps, sous peine de produire de l'épuisement. Lorsqu'il existe de l'hydrothorax, l'aspiration peut souvent favoriser la résorption du liquide.

L'auteur donne le conseil de suivre constamment les malades qui ont eu de la rupture de la compensation, même lorsqu'ils se trouvent apparemment bien.

L. Jumon.

Traitement diététique de l'artério-sclérose, par Thomas L. Coley (*Medical News*, 15 février 1904). — Dans le traitement de l'artério-sclérose, nous devons prendre en considération la longue durée de la maladie et le fait que les lésions existantes ne peuvent pas être réparées. Le médecin s'efforcera d'arrêter le processus et le développement des complications plus ou moins sérieuses. Quel que soit son âge, le sujet atteint d'artério-sclérose doit être regardé comme un vieillard dont le travail doit être peu fatigant et dont la vie doit être rendue aussi facile que possible. Voici les prescriptions diététiques que donne Coley. La quantité d'aliments sera réduite dans une grande semure, et ne dépassera pas la moitié ou les deux tiers de la moyenne, exigée par le poids du corps. La qualité des aliments est très importante. Les aliments protéiques doivent être réduits, mais non exclus. Le malade ne prendra de la viande qu'une fois par jour et en petite quantité. Les aliments seront toujours bien cuits et on évitera les aliments qui sont d'une digestion difficile. L'alcool, le thé, le café et le cacao, aussi bien que le tabac, doivent être prohibés ou employés en quantité extrêmement modérée. Le patient évitera de boire des liquides quelconques en grandes quantités. Il est très important de bien régler les repas. Le déjeuner consistera en fruits, céréales associées à de la crème, et peut-être en un œuf poché ou cuit à la coque. On laissera un intervalle de cinq ou six heures entre le déjeuner ou le dîner, et le repas le plus substantiel sera toujours pris dans le milieu du jour. On laissera d'ailleurs le patient suivre un peu ses goûts pour son principal repas, qui sera constitué par de la soupe, du poisson, de la viande, des légumes verts, mais il faudra éviter toute suralimentation. Entre le dîner et le souper, il devra y avoir aussi un intervalle de cinq à six heures. Le dernier repas devra d'ailleurs être léger et se composera, comme le déjeuner, surtout de fruits et de céréales. En général il est indiqué de conseiller un régime relativement sec, et le malade ne devra pas manger entre les repas. On entretiendra toujours le ventre libre; les règles d'hygiène générale doivent être strictement appliquées.

L. Jumon.

Maladies du système nerveux

Dr P. SAINTON

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine.

Contribution au traitement médicamenteux des névralgies et des myalgies, par Ernst Meyer (*Berlin Klin. Woch.*, 8 février 1904). — Depuis qu'on a reconnu aux antipyrétiques une action fortement antinévralgique, les médecins donnent la préférence au traitement médicamenteux dans les névralgies. Si ce dernier ne réussit pas, on a recours aux méthodes physiques. Les deux méthodes ont du reste leurs indications et peuvent être associées dans chaque cas particulier. Tous les antinévralgiques médicamenteux en usage proviennent de la série aromatique, ce qui explique leur nombre considérable. Parmi ces substances, l'auteur, sur le conseil de Brieger, a employé l'hydroquinone, qui au point de vue de sa valeur thérapeutique et de ses actions accessoires occupe une place intermédiaire entre la résorcine et la pyrocatéchine.

L'hydroquinone paraît échouer complètement dans le rhumatisme articulaire. Par contre elle a réussi chez un certain nombre de malades atteints de myalgies ou de névralgies, alors que des autres méthodes de traitement avaient échoué. Meyer a toujours commencé par de petites doses de 1 gr. et est allé jusqu'à 4 grammes par jour. Dans quelques cas isolés, il a dû donner en tout jusqu'à 40 grammes. Le médicament a toujours été donné en solution, par cuillerée, au moment de se mettre au lit.

Il faut faire en sorte que la solution soit toujours fraîche, on doit la mettre à l'abri de la lumière, car elle se décompose facilement. Très souvent les malades après avoir pris de l'hydroquinone ont des sueurs assez abondantes surtout dans les extrémités qui son atteintes de névralgie. Un malade a présenté des phénomènes accessoires désagréables consistant en nausées, fréquence du pouls, vertige,

qui ont cessé immédiatement après la suppression du médicament.

L'hydroquinone n'est pas évidemment une panacée, car l'auteur a aussi observé des insuccès.

Meyer cite deux observations où l'hydroquinone a donné de très bons résultats. Un malade âgé de 28 ans atteint de sciatique grave n'avait pu être soulagé par les moyens employés en pareil cas, la morphine ne procurait qu'une amélioration passagère. En neuf jours, la malade prit 12 gr. 2 d'hydroquinone et fut assez débarrassé de ses douleurs pour reprendre son travail. Les douleurs revinrent au bout de cinq et de neuf semaines après sa sortie de l'hôpital, mais elles disparurent au bout de deux jours de traitement à raison de 2 à 3 grammes d'hydroquinone par jour. Depuis ce temps le malade est guéri.

Le deuxième malade était atteint de névralgie brachiale.

Les muscles du bras étaient atrophiés. On donna 10 grammes de médicament en cinq jours et les douleurs disparurent; il y eut également au bout de quelque temps une légère récidive qui céda rapidement. Les massages rendirent au bras sa vigueur et ses fonctions.

L'hydroquinone est donc un antinévralgique qu'on peut employer avec avantage dans les névralgies et les myalgies. Elle ne constitue qu'un palliatif, mais qui associé à d'autres méthodes, surtout aux procédés physiques peut abréger la maladie et donner une guérison permanente.

L. Jumon.

Traitement de l'épilepsie par l'opium (*Société méd. de Hambourg*, 1er décembre 1903). — Kellner donne les résultats obtenus sur une série de 13 malades, dont 3 sont encore en traitement et dont 2 n'ont été influencés en aucune façon par la médication. Pour les 8 autres cas, 4 n'ont pu supporter la cure (25,8 gr. d'extrait d'opium en 50 jours) : les 4 autres n'ont plus eu d'accès depuis 12 à 39 mois.

L'orateur estime que l'administration simultanée d'opium et de bromures peut rendre à la société nombre d'épileptiques que la médication par les bromures seuls aurait améliorés, mais dans une mesure beaucoup plus restreinte.

E. Voot.

Un cas d'épilepsie guéri par l'extirpation de végétations adénoïdes, par le Dr José Vivi Picaso (*Revista de expecialidades Medica*, novembre, 1903). — L'auteur décrit un cas d'épilepsie chez un garçon de 14 ans, qui depuis l'âge de 4 ans souffrait de fréquentes attaques d'épilepsie, mais seulement la nuit. La médication par les bromures étant restée complètement inefficace, il essaya l'extirpation des végétations que présentait le malade. Chez un autre malade il avait du reste fait disparaître une incontinence d'urine par l'extirpation des adénoïdes. Il fit le râclage avec le couteau de Moritz Schmitt et la guérison de l'épilepsie fut immédiate.

Le Dr Vivi a noté que l'inflammation produite par l'extirpation n'a occasionné aucune attaque, d'où il déduit que la cause productrice n'était pas l'inflammation, mais seulement l'irritation produite par le chatouillement périphérique du tissu adénoïdien sur le pharynx.

F. Béaini.

L'insomnie et son traitement, par Eliot Gaston (*Medical Record*, 20 février 1904). — L'auteur avoue qu'il ne possède pas de panacée pour l'insomnie; après avoir examiné ses causes dont il faut évidemment tenir grand compte dans le traitement, il distingue le traitement diététique, hygiénique et médical.

On néglige souvent le traitement hygiénique qui, dans beaucoup de cas, a plus de valeur que le traitement pharmaceutique. Il consiste dans des pratiques variées d'hydrothérapie, dans l'emploi de grands bains tièdes, d'enveloppements froids, de bains de siège, de bains de pieds, l'ingestion de boissons chaudes et dans la régularité des conditions d'existence.

Le traitement pharmaceutique consiste à régler les fonctions intestinales, puis à employer des hypnotiques, tel que la paraldéhyde, le trional, le sulfonal, le chloral et les bromures.

Lorsque l'insomnie est à ses débuts, elle cède en général facilement au traitement. Mais dans beaucoup de cas, il faudra de suite modifier les conditions d'existence et de milieu. Il est souvent impérieux de soustraire les malades au milieu agité de leurs affaires; dans la pratique on semble demander un sacrifice irréalisable. Cependant, on devra l'exiger dans certains cas, par exemple, lorsque l'insomnie est la conséquence d'excès alcooliques. Dans ces cas, après avoir sevré le patient de ses habitudes, on améliorera ses fonctions digestives, on administrera les laxatifs, puis on prescrira un régime reconstituant et tonique, des bains suivis de frictions vigoureuses, un bain tiède avant le coucher ou le drap mouillé suivi d'un verre de lait chaud. Le patient fera de l'exercice avec modération et sera soumis au massage. La paraldéhyde est l'hypnotique par excellence dans ces cas. Cependant, on évitera son emploi chez les sujets dont l'estomac est irritable. L'odeur du médicament peut être désagréable; on asso-

ciera ce dernier à du sirop d'orange et de l'eau-de-vie. Chez les alcooliques, la paraldéhyde est de beaucoup supérieure dans ses effets au chloral et aux bromures. Le trional est un hypnotique très répandu dont on obtient les meilleurs effets à petites doses qu'on peut répéter si c'est nécessaire. On devra en cesser l'emploi et recourir à d'autres médicaments si l'on n'obtient pas de résultat avec 1 gr. 50. Son emploi est, d'ailleurs, sans danger et il n'y a pas d'accoutumance aux petites doses.

Le sulfonal donne des résultats variables, certains sujets présentent à son égard une idiosyncrasie, ils vomissent le matin ou sont atteints d'une éruption ressemblant à celle de la rougeole.

On ne doit pas donner l'opium et ses alcaloïdes dans le seul but de dissiper l'insomnie en raison des inconvénients qui résultent de leur emploi prolongé.

Quelquefois, l'insomnie est due à la fatigue physique, dans ce cas l'auteur recommande un stimulant doux, tel que la strychnine ou un verre d'ale ou de porter et un bain tiède. En général, on supprimera le café et le thé pour les remplacer par le chocolat ou le cacao.

Le travail du soir sera prohibé et remplacé au besoin par une petite promenade.

L. Jumon.

Les courants galvaniques et faradiques dans le traitement de la neurasthénie, par le Dr Rafael Perez, de la Havane (*Archivos de Terapeutica de las enfermedades nerviosas y mentales*), décembre 1903). — Les observations personnelles de l'auteur lui permettent de recommander le traitement galvano-faradique de la neurasthénie, contrairement, aux idées courantes qui préconisent les courants statiques et de haute fréquence.

L'auteur emploie le procédé d'Erb ; une électrode à la nuque et l'autre sur le front; pendant cinq à dix minutes on fait passer un courant galvanique de 3, 4 ou 5 milliampères ; on change après le sens du courant, en appliquant les électrodes sur les deux tempes. On termine la galvanisation en appliquant les électrodes, sur le sacrum et sur la nuque, en faisant passer un courant minimum de 10 milliampères.

Finalement, on faradise muscle par muscle le corps tout entier.

Dans la galvanisation de la tête, l'auteur ne peut donner de règle fixe pour le placement des pôles ; généralement, il place le négatif sur le front et le positif sur la nuque et change la direction du courant quand le malade ressent de la pesanteur ou du mal à la tête. Ces deux symptômes servent de régulateur aussi pour le temps d'application et l'intensité.

La durée du traitement est très variable, mais au bout de six ou huit applications, on peut déjà prévoir si la méthode donnera un résultat favorable. A ce propos, le Dr Perez rappelle que si on obtient une amélioration, si insignifiante soit-elle, on doit continuer le traitement qui peut se prolonger pendant six et sept mois. Peu après les symptômes disparaissent et la guérison survient.

F. Bérini.

Ophtalmologie.

Dr Darier

Ancien Président de la Société d'ophtalmologie

De l'action des sérums antitoxiques dans le traitement de l'ulcère infectieux de la cornée, par le Dr A. Darier (*La Clin. Opht.*, mars 1904). — Au dernier Congrès de Heidelberg, en septembre 1903, le Dr Rœmer lut une note préliminaire des plus intéressantes sur la sérothérapie antipneumococcique dans le traitement des ulcères infectieux de la cornée, qui relèvent le plus souvent d'une infection par le pneumocoque.

Il y a un an environ, dans des circonstances toutes particulières, Darier a eu l'occasion de mettre à contribution les propriétés thérapeutique du *sérum antidiphtéritique de Roux* dans un cas d'ulcérations graves des cornées consécutives à une ophtalmie purulente.

Le Dr Daulnoy n'hésita pas à recourir à ce mode de traitement dans deux cas du même genre qui guérirent avec la même facilité.

Il n'y avait dans aucun de ces cas d'indication à une thérapeutique antidiphtéritique, à part un aspect pseudomembraneux des sécrétions conjonctivales et la présence de quelques streptocoques.

Tout récemment enfin, un paysan se présente avec un ulcère infectieux de la cornée avec hypopion. Le traitement suivant fut appliqué : dilatation du canal lacrymal et injection de Cn. Hg. 1/500, puis d'argyrol 5 0/0 ; cautérisation au galvano-cautère de la surface ulcérée et surtout des bords ; incision de Saemisch, par laquelle s'écoule l'hypopion épais et filamenteux qui, à l'examen microscopique, laisse voir de nombreux pneumocoques. Après une injection sous-conjonctivale de Cn. Hg. 1/2000, le malade est renvoyé chez lui avec un pansement occlusif au xéroforme. Il prendra à la maison 3 cachets de 0,25 de quinine.

Le surlendemain le malade se représente : l'hypopion s'est reproduit, l'ulcère a progressé

malgré tout et s'est recouvert d'un exsudat fibrineux pseudo-membraneux. Nouvelle cautérisation de l'ulcère au galvano-cautère, injection détersive dans les voies lacrymales, puis pansement au xéroforme.

N'ayant pu se procurer de sérum anti-pneumococcique, Darier se décide, vu la gravité du cas à faire une injection de 10 cc. de sérum de Roux au flanc gauche.

A partir de ce jour, la régression de l'ulcération fut si rapide que toute la plaie était complètement cicatrisée au bout de 15 jours, alors qu'un autre malade, qui n'avait qu'un tout petit ulcère avec très faible hypopion présentait encore une ulcération marquée de sa cornée.

Il ne serait guère scientifique de tirer une conclusion ferme des faits curieux enregistrés ci-dessus; tout au plus peuvent-ils donner une indication à des recherches ultérieures.

En 1901, le Dr Talamon avait déjà fait des tentatives de traitement de la pneumonie par le sérum antidiphtéritique. Nous avons retrouvé, en effet, dans *la Médecine Moderne* de 1901 un long et intéressant travail sur ce sujet, qui confirmerait les résultats encourageants ci-dessus.

A. Darier.

Eserine et pilocarpine dans les phlyctènes (*Sovremen. Terapia*, N° 9, 1903). — Epiphantieff a employé dans les phlyctènes de la cornée et de la conjonctive des instillations d'éserine et de pilocarpine et a obtenu de fort bons résultats. Le nombre total des malades traités par ces instillations a été de douze sur lequel dix présentaient des phlyctènes de la cornée et deux des phlyctènes de la conjonctive.

Dans deux cas de phlyctènes de la cornée et dans un cas de phlyctène de la conjonctive on a employé l'éserine, dans les autres, la pilocarpine. L'éserine comme la pilocarpine ont été employées en solution aqueuse à 1 0/0 sous forme d'instillations, une goutte deux fois par jour.

Dans tous les cas, il y avait des symptômes d'irritation : photophobie et larmoiement et quelquefois de la contracture convulsive des paupières.

A la suite du traitement, les malades étaient placés dans une pièce, plongée dans une demi-obscurité ; tous les symptômes d'irritation disparaissaient au bout de 3 à 4 jours, souvent même après 24 heures, en même temps que la phlyctène commençait à régresser. Ce n'est qu'à ce moment qu'on commençait l'application de la pommade jaune et du traitement général.

J. Roubleff.

L'éserine dans la kératite (*Thérap. Mod. russe* nos 7 et 8, 1903). — Kajass a employé l'éserine chez 29 malades et en se basant sur ces observations, il recommande instamment d'essayer de substituer l'éserine à l'atropine dans toutes sortes de kératites suppurées ou non.

Il ajoute qu'il n'a pas eu recours à l'éserine dans la kératite parenchymateuse diffuse ou interstitielle, ainsi que dans les cas où il y avait menace d'iritis.

Dans tous ces cas il a obtenu un résultat rapide et satisfaisant, sauf cependant dans un seul — un ulcère profond — où malgré l'emploi prolongé d'éserine, la cicatrisation ne s'est pas faite. L'auteur fait en outre remarquer l'action rapide et bienfaisante de l'éserine dans les phlyctènes miliaires

Il pense que l'action favorable de l'éserine résulte principalement de sa propriété essentielle de diminuer la pression sanguine, ce qui doit contribuer à rendre plus intense le processus de nutrition de la cornée.

Ce qui milite en faveur de cette opinion, c'est l'action de l'éserine sur les taches glaucomateuses de la cornée qu'elle éclaircit rapidement.

L'auteur adopte résolument la proposition du docteur Katz, à savoir: dans l'iritis, l'atropine, dans la kératite — l'éserine sera préférée.

J. Roubleff.

Brûlure de la cornée par une solution trop forte de nitrate d'argent, par le Dr Schalscha (Berlin) (*Woch. f. Ther. u. Hyg. d. Auges*, 14 janvier 1904). — Dans le n° 13 de ce journal, l'auteur, lisant un bref article du Dr Roth rapportant un cas de cautérisation des cornées avec une solution de 10 0/0 de nitrate d'argent, rappelle un cas analogue et personnel. Au troisième jour, lorsque la tuméfaction commençait à diminuer, il prescrivit une solution 2 0/0 de nitrate d'argent, qui fut apportée le lendemain pendant la consultation. Après avoir nettoyé très soigneusement les yeux, il instillait de cette solution toute fraîche 2 à 3 gouttes dans chacun des yeux sur la conjonctive palpébrale. L'enfant criait peut-être un peu plus fort que d'habitude, mais non d'une façon inquiétante. Après application d'une petite compresse imbibée de sublimé, la mère et l'enfant partirent. Mais il ne se passa pas un quart d'heure, que la mère éplorée ne fit irruption dans la salle de consultation, avec l'enfant, criant et se débattant violemment. La peau des paupières et les environs étaient complètement colorée en brun par la solution du nitrate d'argent : les paupières montraient une tuméfac-

tion très tendue, et il était impossible de les ouvrir avec les mains. A travers les bords des paupières très serrées s'écoulait, par gouttelettes, constamment un liquide sanguinolent mêlé avec de petits lambeaux de tissus purulents. A l'aide des pinces à paupières, et avec infiniment de peine ayant pu ouvrir les yeux du pauvre enfant se tordant de douleur, on put voir que la conjonctive des deux yeux était tuméfiée au maximum et saignait abondamment, elle était partiellement recouverte d'une membrane consistante et de lambeaux de tissus détachés. Les cornées se trouvaient couvertes par la conjonctive chémotique, ainsi que de lambeaux de tissus et de pus, au point que ce n'est qu'après avoir préparé à la hâte une solution de Na Cl. qu'on put procéder à un nettoyage à fond, et rendre visibles les cornées. Les deux cornées, comme dans les brûlures par la chaux, étaient d'un blanc de lait. Les yeux pouvaient être considérés comme perdus, des instillations et des compresses avec du lait tiède furent appliquées.

L'enquête faite aussitôt, dans le plus proche laboratoire, ainsi que dans la pharmacie, par rapport à l'analyse quantitative de la solution prescrite, démontra qu'il y avait eu méprise (erreur) commise par l'apprenti apothicaire, qui, au lieu d'une solution à 2 0/0, avait préparé une solution à 20 0/0. Le pronostic, d'après cette donnée, devait donc être encore plus défavorable. Mais dès le lendemain, on pouvait déjà constater une amélioration assez grande, surtout dans la diminution de la tuméfaction des paupières et des conjonctives; toutefois le chémosis persistait encore considérable, et à la moindre tentative d'entr'ouvrir les paupières elles saignaient abondamment. Le lendemain, la tuméfaction des paupières et des conjonctives avait encore diminué. Les cornées apparurent absolument intactes et brillantes. Donc, la cautérisation n'a pas dû dépasser l'épithélium, le tissu escharifié s'était détaché, par l'action de la chaleur humide et en 36 heures, peut-être même avant se trouvait complètement régénéré.

Il s'est donc opéré là une guérison de la blennhorrée absolument idéale; l'administration, par erreur, d'une solution de nitrate d'argent à 20 0/0 représentait dans ce cas un traitement abortif, comme il est impossible de le souhaiter et l'obtenir avec plus de succès.

En conséquence, une trop grande peur, dans l'emploi des solutions de nitrate d'argent, n'est donc pas tout à fait justifiée. Mais à ceux qui ont peur du nitrate d'argent, on recommandera chaleureusement le protargol. Ce n'est pas la peur qui impose cette recommandation, mais c'est parce que le protargol est absolument supérieur au nitrate d'argent. Depuis des années, l'auteur a abandonné et proscrit de sa clinique le nitrate, d'argent parce que le protargol et l'argyrol sont indolores et sans dangers; bien maniés, ils donnent les meilleurs résultats.

A. Darier.

Le vasogène iodé dans le traitement des conjonctivites, par P. Morgano (*Rassegna internazionale de Medicina Moderna*, n° 2, 1903.) — L'auteur relate un certain nombre de cas d'affections aiguës de l'œil (trachome, conjonctivites folliculaires et papillaires) traitées par badigeonnages de vasogène iodé à 3 0/0. Voici ses conclusions :

Le vasogène iodé a une action très évidente et très utile dans les conjonctivites des individus lymphatiques et scrofuleux. L'amélioration rapide se manifeste par la diminution de la sécrétion, de l'hypertrophie papillaire conjonctivale, par la disparition du blépharospasme et du larmoiement.

Le vasogène iodé donne de très bons résultats dans la conjonctivite lymphatique et dans le traitement des opacités cornéennes. Il n'est pas contre-indiqué même en cas d'ulcérations de la cornée. Son action favorable est due aussi aux propriétées chimiques de l'iode qui agit sur les leucocytes même à l'intérieur des membranes et des follicules.

A. L. Percival.

Le citrate de cuivre dans la thérapeutique oculaire (*Sovrem. Terapia*, n° 6, 1903). — Krotoff a employé le citrate de cuivre soit sous forme de poudre à 5-10 0/0 soit sous forme de crayons à 10-20 0/0 soit sous forme de pommade, soit enfin sous forme de lavage à 1 pour 1000.

Voici les formules pour ces trois préparations :

Poudre :

Citrate de cuivre.	5 à 10 grammes
Sucre.....	100 —

Crayons :

Citrate de cuivre.	20 grammes
Gomme arabique.	5 —
Amidon	30 —
Dextrine.....	35 —
Sucre.....	20 —
Eau distillée..... } Glycérine..... }	ââ Q. S.

pour faire un crayon soluble, contenant 20 0/0 de citrate du cuivre.

Ou bien :

Citrate de cuivre.....	20	grammes
Gomme arabique.....	5	—
Sucre.....	20	—
Onguent glycériné.....	30	—
Dextrine.....	100	—

Mélange pour obtenir un crayon soluble.

Pommade;

Citrate de cuivre...	5 à 20	grammes
Onguent glycériné.	100	—

Le citrate de cuivre employé sous forme de poudre, de pommade ou de crayon détermine un larmoiement abondant (les larmes se colorent en vert) provoque une sensation de chaleur et une légère cuisson disparaissant très rapidement. La conjonctive se congestionne, mais cette hyperémie disparaît au bout de 10 minutes et le malade peut se remettre au travail.

Quant aux résultats thérapeutiques, l'auteur, en se basant sur plus de 100 observations, arrive aux conclusions suivantes :

1° Le citrate de cuivre constitue un moyen thérapeutique très précieux ;

2° Par la rapidité de son action, par son effet dans le pannus et les taches de la cornée, le citrate de cuivre est supérieur à tous les moyens actuellement connus;

3° Dans le trachome granuleux, le crayon de citrate de cuivre peut remplacer très utilement le crayon de sulfate de cuivre; il n'est cependant pas efficace dans les cas où se trouve indiqué le nitrate d'argent;

4° Les exacerbations à la suite de l'emploi du citrate de cuivre ne sont pas très nuisibles ;

5° Le citrate de cuivre n'est pas supporté dans les ulcères de la cornée :

6° La pommade au citrate de cuivre peut être mise sans aucun danger entre les mains de tout le monde, considération qui a son importance, surtout dans la clientèle pauvre.

J. Roubleff.

Maladies vénériennes
Maladies de la Peau

Dr MOREL-LAVALLÉE

Médecin des Hôpitaux.

Etude sur le traitement de la syphilis par les injections d'huile de Mercuriol, par le Dr Laborie. (*Journal des mal. cut. et syphilitiques*, janvier 1904). — Le mercuriol est un amalgame de mercure, de magnésium et d'aluminium: c'est une poudre grise, douce au toucher, adhésive, contenant 40 0/0 de mercure sous forme amorphe. L'huile préparée avec ce produit contient 90 0/0 de mercure.

La préparation est absolument aseptique, car elle est préparée à une température de 150° centigrades environ. Bien plus, elle semble, d'après certaines expériences, posséder des propriétés antiseptiques.

L'huile de mercuriol est une masse grise, à moitié liquide, ayant une densité d'environ 5,35. Pour l'injecter, l'auteur l'a mélangée avec un volume égal d'huile d'amandes douces soigneusement desséchées, pour avoir une huile à 45°.

Sous l'influence de la chaleur, l'huile de mercuriol devient très fluide; il convient, avant une injection, de chauffer la préparation jusqu'au moment où elle devient légèrement fluide, mais pas davantage; puis on secoue le récipient, qui grâce à sa forme, a l'avantage d'empêcher l'amalgame de se déposer dans les coins du flacon, la quantité de mercure étant toujours uniformément mélangée.

L'auteur a injecté de deux à deux gouttes et demie (deux à deux divisions et demie de la seringue) de cette préparation, préalablement ramollie par une légère chaleur, dans la région fessière. L'injection était poussée très lentement ; la peau de la fesse était désinfectée à l'alcool acétique et la piqûre recouverte par un tampon de coton fixé par du collodion. Les malades étaient couchés au moment de l'injection, mais ils se relevaient et s'en allaient aussitôt après. Les injections furent répétées à des intervalles variant de cinq à sept jours : il en a été fait une centaine réparties entre 24 malades.

Au point de vue local, l'auteur n'a jamais eu d'accidents locaux quelconques. Chez quelques malades, il s'est produit au niveau de l'injection de petites indurations profondes, parfois un peu douloureuses, se résolvant en une huitaine de jours.

La douleur est constamment nulle au moment de l'injection. Chez certains malades, elle reste telle, mais chez un bon nombre le point injecté reste sensible pendant trois à quatre jours sans jamais empêcher la marche.

Dans tous les cas où elle a été employée, l'huile de mercuriol a paru agir avec une efficacité et une rapidité très remarquables.

En ce qui touche la tolérance, elle est aussi bien tolérée localement que les hautes doses d'huile grise, un peu moins bien que les faibles doses. Mais son action paraît plus rapide, plus profonde.

E. Vogt.

Le salicylate de mercure dans la syphilis (*Sovremen. Terapia*, n° 10, 1903). — Ogloff a pratiqué plus de cinq mille injections de salicylate de mercure dans la syphilis et en se basant sur cette expérience considérable, il se prononce très nettement pour la supériorité de cette préparation sur toutes les autres employées généralement pour le traitement de la syphilis par injections sous-cutanées.

Les injections de salicylate de mercure ne s'accompagnent presque d'aucune douleur et ne provoquent ni abcès, ni infiltration au point de la piqûre car le salicylate de mercure se résorbe très vite et complètement.

En outre, l'état général dans cette méthode de traitement non seulement ne s'aggrave pas, mais au contraire s'améliore.

J. Roubleff.

Syphilis du cœur, sa thérapeutique, par Adler (*Medical Record*, 20 février 1904). — La syphilis cardiaque, d'après l'auteur, n'est pas rare, elle est au contraire une maladie plutôt commune. Il est souvent possible d'établir le diagnostic de la syphilis cardiaque avec exactitude, souvent aussi ce diagnostic n'est que probable.

En tout cas, il faut admettre la syphilis comme une cause pouvant intervenir dans toute cardiopathie, on ne doit pas l'oublier, pas plus chez les enfants que chez les adultes. Cela ne veut pas dire que tout enfant atteint d'endocardite rhumatismale aiguë doive être traité par l'iodure de potassium, pas plus que des sujets artérioscléreux doivent être importunés par un traitement mercuriel. Il va sans dire que dans ces cas, il faut exclure la question de syphilis. L'attitude du médecin à l'égard des cardiopathies doit être la même qu'à l'égard, par exemple, de certaines affections du système nerveux central. Même si la nature syphilitique de la maladie n'est pas démontrée, l'auteur croit qu'on est autorisé à tenter le traitement spécifique. Krehl, dans le traité de Nothnagel, a adopté le même point de vue et a fait remarquer qu'un traitement soigneux par les iodures et le mercure ne peut avoir d'inconvénient, mais qu'il peut souvent être utile même dans les cas qui ne sont pas syphilitiques.

Les craintes de Rosenbach à l'égard de fortes doses d'iodure de potassium dans les maladies du cœur sont généralement considérées comme exagérées.

D'ailleurs, ces hautes doses d'iodure ne sont pas du tout nécessaires. Dans la majorité des cas, des doses modérées sont suffisantes pourvu qu'elles soient prolongées pendant un certain temps et qu'on leur associe un traitement mercuriel sous forme de frictions ou d'injections hypodermiques.

Si l'estomac supporte mal le médicament, on peut l'administrer par le rectum, ou bien on emploiera l'iodipine.

Le plus souvent, les lésions cardiaques syphilitiques restent latentes pendant très longtemps sans donner lieu à aucun symptôme objectif, ou bien ces derniers sont si légers qu'ils échappent facilement à l'attention du malade et du médecin. Parfois aussi des troubles cardiaques peuvent apparaître subitement sans aucun avertissement. C'est que les lésions sont souvent très avancées avant de causer des troubles subjectifs ou cliniquement perceptibles.

On pourra croire à une réparation d'autant plus complète que le traitement aura été plus précoce et plus énergique. Les arythmies légères, des bruits systoliques rudes, l'accentuation ou le dédoublement du second bruit aortitique ou pulmonaire sont au point de vue de la syphilis cardiaque, les signes qui méritent le plus d'attention. Le traitement devra être prolongé jusqu'à ce qu'il ait donné le maximum de résultat du côté du cœur.

L. Jumon.

Maladies des Voies urinaires

Dr Chevalier,

Chirurgien des hôpitaux,

Ancien Chef de clinique de la Faculté

L'arthrite blennorrhagique, par A. Halstead (*Th. International J. of. surgery*, mars 1904). — Le traitement varie suivant les formes cliniques de l'arthrite; l'auteur admet les suivantes : synovite séreuse aiguë, synovite séro-purulente, synovite purulente, séro-fibrineuse ou séromembraneuse, inflammation ankylosante périarticulaire.

Dans la synovite séreuse aiguë, si on arrive avant que l'épanchement soit considérable, le repos et la compression ont donné les meilleurs résultats. Si l'épanchement est déjà considérable, on obtiendra du soulagement par l'immobilisation de l'articulation dans une gouttière et par l'application de la glace.

L'auteur croit que les salicylates donnent de bons résultats dans cette maladie, et il les emploie à hautes doses. Si l'épanchement est considérable, il fait toujours l'aspiration et injecte dans la cavité une solution de drotargol à 1 0/0. Lorsque le liquide a été retiré et qu'on a injecté la solution du protargol, il est mieux d'as-

surer l'immobilité de l'articulation enflammée. Lorsque l'état de la jointure le permet, on emploie alors le massage et les mouvements passifs.

L'auteur conseille fortement le diagnostic par la ponction dans tous les cas de synovite aiguë. Si on peut démontrer l'existence d'une infection mixte ou si le liquide est séro-purulent, il est indiqué de recourir à l'arthrotomie et au drainage immédiats. Dans ces cas, aussitôt que l'infection articulaire est arrêtée, on doit employer les massages et les mouvements passifs afin de sauvegarder les fonctions de la jointure.

Dans l'arthrite séro-fibrineuse ou membraneuse, l'arthrotomie précoce, suivie de lavage de l'articulation, de massage et de mouvements passifs donne les meilleurs résultats.

Dans la forme chronique, ankylosante, lorsque la maladie est surtout limitée aux ligaments et aux tissus périarticulaires, le massage, l'air surchauffé et les mouvements passifs et actifs donneront de meilleurs résultats que le traitement opératoire.

L. Jumon.

Guérison d'un cas d'hydronéphrose (*Therap. Monatshefte*, mars 1904). — Geyer cite un cas d'hydronéphrose intermittente datant de plusieurs années, traité en dernier lieu par l'urotropine pendant quelques mois, sans succès d'ailleurs, car les urines continuèrent à contenir du pus et à rester troubles.

L'auteur essaya alors l'helmitol, combinaison d'urotropine et d'acide folmaldéhydecitrique, qui donne naissance, en se décomposant dans l'organisme, à de grandes quantités d'aldéhyde formique. L'action est donc analogue à celle de l'urotropine, mais plus marquée.

L'helmitol, administré 3 à 4 fois par jour à la dose de 1 gramme, dissout dans de l'eau gazeuse, amena en une semaine une diminution de la sécrétion purulente; en outre les urines devinrent toujours plus limpides. Quatre mois après le début de la cure l'urine ne contenait plus de pus depuis quelque temps déjà.

La médication, continuée pendant des mois, n'a jamais provoqué d'accident.

L'auteur, bien qu'il ne dispose que d'un seul cas, a été si frappé du résultat obtenu, qu'il recommande à l'examen des praticiens cette médication.

E. Vogt.

Le régime dans les affections rénales (*Med. Korr.-Bl.*, n° 1, 1904). — Weil, se basant sur la physiologie, recommande avant tout les graisses et hydrocarbures, qui s'éliminent par les poumons: les albuminoïdes et les sels, dont les produits de désassimilation sont éliminés par le rein, seront réduits à un minimum indispensable.

L'auteur est d'accord avec Widal, au point de vue du rôle que joue le chlorure de sodium dans la genèse des œdèmes: il estime qu'on doit être prudent dans l'administration des sels phosphatiques et potassiques. Les pommes de terre doivent être en conséquence considérées comme nuisibles.

L'albuminurique inactif ne prendra que 60 grammes environ d'albuminoïdes par jour : cette quantité pourra être doublée si le malade vaque à ses occupations. L'auteur ne fait pas de distinction entre les viandes rouges et blanches, mais défend les salaisons, les viandes fumées, le foie, le riz de veau, les rognons. Dans les néphrites aiguës, la viande sera interterdite; dans les formes chroniques, on en permettra 500 grammes par jour. Deux œufs, jamais crus, seront autorisés par jour, et l'on ne permettra pas plus de 1 à 1 1/2 litre de lait; la crème est spécialement recommandée.

Les fromages seront supprimés, sauf ceux à la crème.

Parmi les substances végétales, le riz offre de grands avantages, grâce à sa faible teneur en albuminoïdes et en sels : les haricots, les lentilles, sont nuisibles. Les légumes et fruits sont à recommander.

On évitera les épices de tout genre.

On ne permettra pas plus de 2 1/2 à 3 litres de liquide par jour, de préférence sous forme d'eau claire ou d'eaux minérales calciques (Fachingen, Wildungen, etc.)

On autorisera 1/2 litre de bière par jour ; les vins sont nuisibles.

E. Vogt.

Gynécologie et Obstétrique.

Dr R. Blondel,

Chef de laboratoire

à la Maternité de la Charité.

Traitement de la grossesse extra-utérine, par le Dr Serré (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, décembre 1903). — La grossesse extra-utérine atteignant le *terme* est assez rare. L'A. a recueilli trois cas dans la région des Basses-Pyrénées. Le premier, très ancien, fut opéré par Duboné. Ce dernier ouvrit et évacua le kyste fœtal, après le faux travail a terme, au moyen de caustique de Henner. Malgré une infection de la poche fœcale, la gué-

rison fut obtenue. Ce cas en dit long sur la possibilité de mieux faire avec la technique actuelle. Le deuxième concerne une femme qui refusa toute intervention, parvenue au terme. A la suite du faux travail et de la mort du fœtus, le kyste s'infecta et s'ouvrit dans le rectum, à travers lequel le fœtus fut expulsé. Mais la femme mourut peu de jours après.

Le troisième cas est personnel à l'auteur et date de quelques mois. Femme de 35 ans, ayant tous les signes de la grossesse. Il y a eu un faux travail à terme, suivi de mouvements violents du fœtus, puis disparition de ces mouvements actifs avec abaissement du ventre, avec réapparition des règles. Pendant ce temps, la malade s'alimente mal et maigrit rapidement. Laparotomie faite à la Maternité de Paris; après extraction du corps fœtal, le kyste fut marsupialisé. Le placenta n'ayant pu être extrait entièrement, à cause des adhérences avec l'intestin grêle, fut abandonné à l'élimination spontanée. Tamponnement de la cavité du kyste et drainage large. Injection d'eau salée. Pansements assez fréquents nécessités par l'élimination des membranes. Suppuration du Douglas, par la stagnation des liquides. Drainage du cul-de-sac postérieur, par où s'écoule le pus. Amélioration progressive, aboutissant à la guérison complète en trois mois. Conclusions : sur les trois cas ci-dessus mentionnés, deux opérations ont donné deux guérisons, le cas non opéré a été suivi de décès. Sur les kystes fœtaux parvenus à terme, l'opération s'impose. Mais cela ne suffit pas aujourd'hui et l'on peut, sans attendre ce moment, la situation étant grosse de dangers, adopter comme règle de conduite la conclusion de Pinard, rappelée par M. Serré : « Toute grossesse extra-utérine diagnostiquée commande l'intervention chirurgicale ».

A. Benoit.

Leçons pratiques d'après plus de cent observations d'éclampsie, par Gaston Cooke Hirst (*Therapeutic Gazette*, 15 février 1904). — Le traitement préventif de l'éclampsie est basé sur la théorie de l'insuffisance rénale ; il consiste à prescrire le régime lacté, la diaphorèse, la diurèse, les purgations, et à recommander d'éviter les refroidissements de la peau. L'usage de l'extrait thyroïdien recommandé par Nicholson est encore à l'essai. L'auteur se propose de l'étudier à ce point de vue.

Le traitement curatif est un sujet trop vaste pour que l'auteur le traite *in extenso*. Certains points cependant sont discutés. Le moyen thérapeutique le plus important sur lequel il y a encore différence d'opinion a trait au traitement obstétrical pendant la grossesse et le travail. Les opinions relatives à la nécessité d'évacuation rapide du contenu utérin sont très divergentes. Pour les partisans de l'accouchement forcé dans l'éclampsie, le fœtus semble être la cause des accidents; la pression intra-abdominale dans la grossesse avancée est un obstacle pour les reins. Un assez grand nombre de cas sont dus à la compression des uretères, on croit généralement que l'éclampsie est moins dangereuse après qu'avant la délivrance et il existe de nombreuses observations de convulsions qui ont cessé avec la délivrance et n'ont pas reparu. Aussi l'auteur a cru d'abord que l'évacuation rapide de l'utérus est le véritable traitement, mais son expérience l'a conduit à cette conclusion que cette opinion est fausse. Les procédés opératoires nécessaires, même à l'aide d'excellents instruments sont souvent suivis de choc et d'attaques éclamptiques. Des malades ont succombé qui auraient vécu par un traitement plus conservateur. Néanmoins, des statistiques récentes montrent que l'éclampsie *post partum* est beaucoup moins dangereuse que les convulsions *ante* ou *intra partum*, et que la proportion des cas dans lesquels les attaques cessent après la délivrance est beaucoup moindre qu'on l'a admis jusqu'à présent. Aussi, l'auteur dirige son traitement contre l'éclampsie sans avoir égard au contenu utérin, à moins que le col soit assez dilaté pour permettre l'accouchement sans violence.

Dans l'éclampsie *ante partum* l'évacuation de l'utérus n'est indiquée que si l'urine continue à être albumineuse après que les convulsions ont cessé ou s'il existe d'autres symptômes de toxémie. Dans ces cas l'auteur conseille de provoquer lentement le travail plutôt que de recourir à l'accouchement forcé. Pendant ce temps on emploiera les diurétiques, les cathartiques, les diaphorétiques.

Quant au traitement des convulsions, deux indications se présentent : éliminer le poison, calmer l'excitabilité nerveuse et musculaire.

On admet que la première est remplie par les injections salines, par les moyens diaphorétiques et purgatifs. On ne peut employer les diurétiques pendant les attaques, car le rein est alors pratiquement supprimé. Il y a de l'anurie ou une quantité minime d'une urine sanguinolente et albumineuse. La saignée peut être rangée parmi les moyens d'élimination. Parmi les sédatifs, le chloral et l'opium se disputent la place ; mais il faut éviter ce dernier qui retarde l'élimination et qui ajoute un poison à ceux que contient déjà l'organisme. L'auteur a toujours employé le veratrum viride

pour combattre la tension artérielle et le spasme des artérioles. Dans le même but, Nicholson a soumis des malades au traitement thyroïdien, mais l'ingestion par la bouche est souvent

L. Jumon.

Traitement des colpites post-puerpérales (*Sovrem. Terapia*, n° 11, 1903). — Gornstein a employé dans le traitement des colpites post-puerpérales et d'une façon générale dans toutes les lésions post-puerpérales des téguments des organes sexuels le peroxyde de calcium ou *la gorite*.

Les expériences faites par l'auteur, lui ont montré que la gorite possède des propriétés antiseptiques puissantes.

Gornstein emploie la gorite sous forme de saupoudrement, soit à l'état pur, soit en mélange avec le talc (1 pour 5). Quelquefois on emploie également une émulsion de gorite à 10-20 0/0.

Voici les résultats obtenus :

Après deux saupoudrements l'odeur disparaît, les sécrétions perdent leur caractère purulent et la température s'abaisse. L'auteur rapporte onze cas traités par la gorite. Ce qui constitue aux yeux de Gornstein la grande supériorité de la gorite sur les autres antiseptiques, c'est sa capacité de dégager une grande quantité d'oxygène, jusqu'à 13 0/0.

J. Roubleff.

Pédiâtrie

Dr E. THIERCELIN

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine.

Diagnostic et traitement du croup. — Tubage ou trachéotomie, par Marfan (*Bull. méd.*, n° 2, p. 9, 1904). — Le tubage est l'opération de choix, la trachéotomie l'opération de nécessité.

Le tubage n'est pas une opération sanglante ; et occasionne des accidents opératoires moins graves que la trachéotomie ; il permet la respiration par les voies naturelles.

L'infériorité du tubage réside surtout dans ce fait qu'il exige une surveillance de tous les instants, le tube pouvant s'obsturer subitement ou être craché dans un effort de toux ; ou bien la dyspnée pouvant survenir de nouveau et très pressante après le détubage. Toutefois l'obstruction brusque du tube est devenue rare, avec les perfectionnements de la technique.

Quant au rejet, il survient rarement si l'on emploie un tube de calibre suffisant ; d'ailleurs, il est assez fréquent que le malade puisse se passer de tube après son expulsion,

Se fondant sur ces arguments, les partisans du tubage sans surveillance permanente concluent que les indications de cette opération et celles de la trachéotomie, sont les mêmes à l'hôpital et dans la pratique privée.

On a conseillé de pratiquer de préférence la trachéotomie, lorsqu'on est appelé à intervenir chez un enfant au stade ultime de l'asphyxie en état de collapsus ; toutefois, M. Marfan procède d'abord à l'intubation ; il injecte ensuite 1 cc. d'huile mentholée ; si le sujet continue à respirer mal, il enlève le tube (tube long dont l'ablation est parfois suivie du rejet de fausses membranes). Dans ce cas il le remet. Si malgré la présence du tube la dyspnée n'est qu'atténuée, c'est qu'il y a de la diphtérie trachéo-bronchique ou de la broncho-pneumonie, auquel cas la trachéotomie n'apporte guère plus de soulagement que la trachéotomie.

Celle-ci doit être faite délibérément dans un seul cas, c'est lorsque l'introduction du tube aggrave notablement la dyspnée et que la respiration artificielle démontre que l'air ne passe pas par le tube ; c'est qu'alors le tube a refoulé et tassé une fausse membrane qui obstrue son orifice inférieur.

Il n'est pas indiqué de recourir à la trachéotomie primitive en cas de diphtérie maligne avec processus nécrotique et œdème notable du vestibule du larynx ; car le tube, contrairement à ce qui a été dit à ce sujet, n'aggrave pas les altérations de la muqueuse laryngée.

L'existence d'une broncho-pneumonie constatée avant l'opération doit faire donner la préférence au tubage, car celui ci prédispose moins aux infections descendantes secondaires et permet en outre de baigner le malade.

M. Marfan préfère également le tubage à la trachéotomie dans les laryngites de la rougeole. On sait que MM Josias et Netter, que d'autres médecins ont reproché au tubage de déterminer facilement des ulcérations laryngées et trachéales et conseillé de faire plutôt la trachéotomie. Sans doute, la mortalité est grande ; mais elle tient surtout à la broncho-pneumonie morbilleuse, si grave quand la rougeole est associée à la diphtérie.

En somme, d'après M. Marfan, on ne doit renoncer d'emblée à l'intubation et faire la trachéotomie que si le malade ne peut être l'objet d'une surveillance sinon permanente, au moins très assidue ; si, pour une raison quelconque, on ne parvient pas à introduire un tube dans le larynx, et enfin, si l'enfant étant au stade ultime de l'asphyxie, l'introduction du tube aggrave manifestement la dyspnée on détermine de l'apnée, indication qui se présentera rarement.

Quelles sont maintenant les indications de la *trachéotomie secondaire* ? On a conseillé de la pratiquer quand la dyspnée persiste, après le tubage, dans l'espoir que les fausses membranes trachéales pourraient s'éliminer plus facilement par la canule. En réalité, il suffit d'injecter de l'huile mentholée et de détuber, de remettre un tube long pour venir à bout de la dyspnée persistante, quand celle-ci n'est pas due à la broncho-pneumonie.

Le tubage n'apporte pas d'obstacle sérieux à l'alimentation si l'on a soin de donner des aliments liquides ou semi-liquides, de les faire absorber très lentement par petites cuillerées ou gorgées, le malade étant à demi-couché sur le côté. Si l'alimentation est très difficile on a recours au gavage et non à la trachéotomie.

Après le détubage, que l'on effectue en moyenne au bout de 2 ou 3 jours, la persistance de la dyspnée est due soit au spasme glottique simple des névropathes (auquel cas on prescrit un antispasmodique), soit à des ulcérations de la muqueuse laryngée, ce qu'indiquent les taches noires que présentent les tubes et qui sont dues à la sulfuration du métal par le pus.

Ces ulcérations sont particulières aux diphtéries malignes, bien plus qu'elles ne doivent être attribuées au tubage. Marfan conseille en pareil cas de répéter le tubage 4 ou 5 fois et, quand il a gardé le tube une dizaine de jours, de pratiquer la trachéotomie. L'enfant, après trachéotomie, ne continuera à avoir de la dyspnée et à avoir besoin de la canule que si un rétrécissement fibreux s'organise.

G. Lyon.

Catarrhe suffocant chez un enfant de 2 ans, enveloppements froids, guérison, par A. Halipré (*Revue médicale de Normandie*, 10 février 1904). — Une forme très grave de la broncho-pneumonie, en raison de la soudaineté des accidents est le catarrhe suffocant. Elle oblige à une thérapeutique énergique sous peine d'insuccès, ainsi que le montre une observation de M. Halipré, qui fait à cette occasion quelques remarques sur le traitement. Dans le cas cité qui concerne un enfant de 2 ans, les accidents étaient apparus en quelques heures, la dyspnée était extrême (72 respirations par minute), pouls 160, température 39°5. A l'auscultation, souffle doux, éloigné. Les enveloppements du thorax furent faits avec de la tarlatane trempée dans l'eau alcolisée à 23° et recouverte de toile imperméable. Une demi-heure après les premiers enveloppements, l'enfant était plus calme et la respiration moins fréquente. La guérison complète était obtenue en 48 heures.

A propos de cette observation, l'auteur croit que l'eau froide et l'eau tiède ont chacune leurs indications spéciales et qu'il ne faut pas indifféremment employer l'une et l'autre. L'eau froide servira pour produire une excitation des fonctions des organes profonds, et en particulier, du système nerveux central. La méthode ne doit pas être employée chez des sujets doués d'un système nerveux trop excitable. L'eau froide n'est pas une panacée et il faut s'en servir suivant les indications. S'il s'agit seulement d'obtenir la sédation générale qui accompagne l'abaissement de la température chez un fébricitant, l'eau tiède donne un excellent résultat, et les abaissements sont comparables à ceux que donne l'eau froide. Dans le cas cité l'eau froide était indiquée pour agir vite et obtenir du côté du système nerveux l'excitation que recherchait Brand.

L. Jumon.

Compresses froides dans la pneumonie chez les enfants (*Medicinskoïe Obosrenie*, n° 19, 1903). — Szajerowicz préconise chaudement des compresses froides dans la pneumonie chez les enfants. On enveloppe le thorax avec une serviette pliée en quatre, trempée dans de l'eau à 10-15° et bien essorée; sur la serviette on applique un morceau de laine ou de flanelle.

La compresse est changée suivant les cas, toutes les 1/2-1-2 3 heures.

L'action de la compresse est particulièrement antifébrile. En outre, à cause des inspirations profondes faites par l'enfant au moment où l'on change la compresse, la disposition à l'atélectasie est diminuée, enfin l'enfant se trouve constamment dans une atmosphère humide, agissant favorablement sur la douleur et la dyspnée.

L'économie infantile avec sa surface cutanée relativement étendue, avec sa structure organique plus tendre, ses vaisseaux cutanés plus abondants, présente des conditions plus favorables à l'action antifébrile des compresses froides.

J. Roubleff.

Pharmacologie

Dr E. Vogt.

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

La dyspepsine (*Soc. de méd. interne de Berlin*, février 1904). — Lœwe a soumis à l'expérimentation cette préparation, qui représente du suc gastrique de porc. Plusieurs auteurs affirment avoir obtenu avec ce médicament d'excellents effets dans des cas d'hypo ou anachlorhydrie.

Lœwe au cours de ses essais, entrepris dans le service du Pr Ewald, a reconnu que la dyspepsine n'est pas un stomachique supérieur à ceux employés jusqu'ici, et que la diminution de l'acidité du suc gastrique continue à se manifester après son emploi.

Enfin, la digestion des albuminoïdes ne s'effectue pas sous l'influence de la dyspepsine. Le remède n'offre en conséquence aucun avantage thérapeutique.

Albu confirme les résultats ci-dessus énoncés.

E. Vogt.

Le lactagol (*Deutsche med. Wochenschrift*, 3 mars 1904). — Mond a expérimenté cet extrait pulvérulent, insoluble dans l'eau, des graines de coton, qui possède une action manifeste sur la sécrétion lactée.

Dans trois cas (primipares), il a administré, dès le début de la lactation, trois à quatre cuillerées à café de lactagol dans du lait : la sécrétion lactée fut abondante et les sujets ne se plaignirent jamais de fatigue générale, de douleurs des reins, de rachialgie.

Dans trois autres cas, le lactagol fut donné vers le 12e jour à des femmes dont la sécrétion lactée insuffisante avait nécessité l'emploi du biberon comme adjuvant : dès le second jour d'ingestion du remède, dans un cas, la sécrétion lactée augmenta sensiblement, et l'on put abandonner le biberon. Dans un second cas, la sécrétion lactée n'augmenta qu'au bout de huit jours, dans un troisième l'effet fut négatif.

Dans un cas, à partir de la 5e semaine, la mère avait cessé de donner le sein : l'emploi du lait stérilisé et de diverses préparations donna de mauvais résultats, et vers la 8e semaine, l'auteur administra du lactagol à la mère : au bout de trois jours, l'enfant reprenait le sein et deux semaines plus tard on put se passer de toute nourriture adjuvante.

Dans un autre cas, il y eut quinze jours d'interruption de la lactation pour cause d'entérite aiguë de la mère : après la guérison, l'auteur fit prendre du lactagol et dix jours après, l'enfant pouvait être nourri exclusivement au sein.

E. Vogt.

Ichthoforme et Ichthargan, par Burnett (*Therapeutical Society*, 23 février 1904). — Burnett a discuté les propriétés de quelques composés d'Ichthyol, spécialement l'Ichthoforme et l'Ichthargan.

Le premier est un astringent et un antiseptique qui s'est montré utile dans la tuberculose intestinale et la diarrhée aux doses de 0,90 par jour ou en lavement. Il donne aussi de bons résultats dans les cas d'ulcères variqueux et dans les maladies de la peau, telles que l'eczéma. La gaze préparée avec cette substance convient très bien pour le drainage. L'ichthargan est utile, dans les uréthrites et les affections gynécologiques, dans beaucoup de maladies de la peau, et dans certaines affections oculaires, notamment dans la rétinite atrophique.

L. Jumon.

Essais thérapeutiqnes avec les substances fluorescentes, par Jappeiner und Jesionek (Munchen) (*Woch. f. Therap. u Hyg. d. Auges*, 14 janvier, n° 16, p. 123). — Des matières différentes, qui, dans l'obscurité sont peu toxiques, sous l'influence de la pénétration des rayons solaires, de la lumière diffuse du jour, ont la faculté de tuer les infusoires. Ce phénomène est probablement intimement lié avec l'excitation provoquée par la fluorescence. On constate en plus, que tous les enzymes jusqu'à présent examinés, soit saccharifiants, soit peptonisants, perdent presque complètement leur action sous l'influence de certaines matières fluorescentes avec pénétration de la lumière, tandis que dans l'obscurité une influence semblable ne se constate pas. D'après ces expériences avec les enzymes, l'examen sur les toxines s'imposait.

Et en effet, l'expérience démontrait que la ricine, par les matières fluorescentes à la lumière, perdait sa faculté caractéristique d'agglutination pour les corpuscules sanguins rouges, et qu'une quantité 10 fois plus grande que la dose mortelle ordinaire ne tuait plus les cobayes, et ne les rendait malades que passagèrement. L'éosine est une substance fluorescente qui influence fortement les cellules, les ferments, les toxines et en conséquence semble particulièrement appropriée pour les expériences thérapeutiques. Les résultats les plus rapides peuvent être obtenus dans les malades cutanées, et sur les organes les plus superficiels, où l'accès de la lumière et l'application de la substance fluorescente est le plus facile. Il e t très indiqué pour tous les foyers de maladies superficielles de les badigeonner avec une solution de 5 0/0 d'éosine, et de les exposer à la lumière du soleil aussi longtemps que possible en ayant soin de badigeonner constamment les foyers exposés. La méthode d'abord a été appliquée dans les maladies infectieuses de la peau : pityriasis versicolor, herpes tonsurans, molluscum contagiosum, psoriasis vulgaire; plus tard on a traité d'une façon analogue des foyers de maladies cutanées carcinomateuses, tuberculeuses et lupiques. Dans 3 cas de carcinome cutané, les résultats ont été excellents, dans

deux cas on constatait une cicatrisation parfaite, et dans le troisième cas particulièrement grave, se manifestait une tendance à la guérison. Le succès de ce traitement fut surprenant chez un garçon de 14 ans, atteint d'une affection tuberculeuse d'un testicule, avec des tumeurs consécutives scrofulo-dermatiques du scrotum. Après un traitement de quelques semaines, la tumeur fut complètement guérie, ne laissant qu'une petite fistule avec une sécrétion minime.

Les tumeurs lupeuses cèdent rapidement et facilement à l'influence de la thérapeutique à la lumière et à l'éosine. L'action cependant ne s'étend que sur des couches épithéliales très superficielles, très minces, dont les foyers sont à découvert.

A. Darier.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Cours de Vacances, 4e série. Vacances de Pâques 1904. — Série de Pâques 1904, du 28 mars au 9 avril. — *Liste des Cours*: 1° A l'Hôtel des Sociétés Savantes, rue Serpente. — Bactériologie, Dr Macaigne: Thérapeutique dermatologique et syphiligraphique, Dr Leredde; Massage, Dr Marchais; Maladies des voies urinaires, Dr Noguès; Electrothérapie, Dr Zimmern; Accouchements, Dr Dubrisay; Thérapeutique appliquée, Dr Landowski; Maladies nerveuses, Dr Sollier.

2° Dans différents services. — Gynécologie, Dr Arrou (Saint-Antoine); Chirurgie pratique, Dr Souligoux (Lariboisière); Auscultation, Dr Caussade (Tenon); Oto-rhino-laryngologie, Dr Georges Laurens (Bichat); Ophtalmologie, Dr Morax (Lariboisière).

Les cours commenceront le lundi 28 mars, aux lieu et heure indiqués pour chacun d'eux. Repos le dimanche et le lundi de Pâques.

Les inscriptions sont reçues dès maintenant. Chaque élève recevra une carte d'admission qu'il devra produire à l'entrée des cours.

Le droit d'inscription de chaque cours (comprenant en moyenne 8 à 10 leçons) est fixé à 20 francs, payables en s'inscrivant. On peut s'inscrire par correspondance.

Le lundi 28 mars à midi, à l'Hôtel des Sociétés Savantes, réunion générale des Professeurs et des élèves; dernières inscriptions.

Pour les inscriptions et tous renseignements, s'adresser au Dr Marchais, 3, rue Cambacérès.

Ier Congrès français de Climatothérapie et d'Hygiène urbaine. — Comme nous l'avons déjà annoncé, ce Congrès se tiendra à Nice, du 4 au 9 avril (vacances de Pâques), sous la présidence de M. le Pr Chantemesse (de Paris), membre de l'Académie de médecine.

Les Congressistes bénéficieront de réductions (50 0/0 et plus), la plupart valables du 1er au 20 avril 1904; sur les grandes Compagnies de chemin de fer français; sur ceux du Sud de la France, de la Corse; sur certaines Compagnies anglaises (Londres-Paris); sur les services de bateaux entre Nice, Marseille, la Corse, Gênes; sur les chemins de fer italiens; sur les wagons-lits en France et à l'Étranger. Des prix réduits sont déjà consentis dans les principaux hôtels de de Nice, Beaulieu, Cannes, Menton, Monaco, etc., dont la liste sera fournie sur demande par M. le Dr Camous (2, rue de l'Opéra, Nice), spécialement chargé de ce soin.

En dehors de Nice, le Congressistes visiteront officiellement Monaco, Menton, Cannes et Grasse, où des fêtes, promenades, etc., seront organisées en leur honneur. S. A. S. le Prince de Monaco donnera une réception au Palais et une représentation de gala sera offerte au Casino. A Nice, en dehors des réceptions par les autorités, il y aura des représentations de gala (opéra, etc.) Le nombre des places, forcément limitées dans les théâtres, seront réservées aux premiers inscrits. Après la clôture du Congrès, des excursions seront organisées. Les étudiants en Médecine, la famille des Congressistes accompagnant ceux-ci et adhérant au Congrès (carte spéciale de 10 fr.) bénéficieront des mêmes avantages. Pour faire partie du Congrès il suffit d'envoyer au Dr Bonnal, trésorier (19, boulevard Victor-Hugo, Nice), le montant de la cotisation (20 francs) en même temps que les noms, qualités, titres, adresse exacte, très

lisiblement écrits, et accompagnés de la carte de visite de l'adhérent. Les confrères, désirant faire des communications, sont priés de bien vouloir en adresser le titre et le résumé (30 lignes, in-8° raisin) au Secrétaire général, avant le 15 février, afin qu'ils puissent être publiés et distribués avant le Congrès.

Pour tous autres renseignements s'adresser au Dr Hérard de Bessé, secrétaire général, à Beaulieu-sur-Mer (Alpes-Maritimes).

BIBLIOGRAPHIE

L'alimentation et les régimes chez l'homme sain et chez les malades, par Armand Gautier (In-8, 528 pages. Masson, 1904).

Tout le monde s'accorde à reconnaître à la diététique le rôle prépondérant dans la conservation de la santé et le traitement des maladies : Régler l'alimentation, formuler un régime est la principale occupation, plusieurs fois répétée quotidiennement, de tous médecins praticiens ou spécialistes. Or, rien n'était plus mal enseigné et, on peut le dire, le plus souvent ignoré de la plupart d'entre nous. A côté d'ouvrages volumineux et arides où les aliments étaient désignés en leurs éléments, et qu'il était impossible au praticien de consulter avec fruits sans de longues études biologiques, on voyait de véritables formulaires empiriques, qui prescrivaient certains aliments, en préconisaient d'autres, sans aucune raison plausible, et souvent à tort et à travers.

M. le Pr Gautier nous résume en ces 528 pages les données scientifiques sur la composition des aliments, en les vulgarisant, et termine en nous donnant des tables de régimes pour les divers âges de la vie, l'état de santé et celui de maladie.

Nous ne pouvons entrer dans le détail des chapitres, car il faudrait les analyser tous, en raison de leur importance.

Disons seulement que ce livre, divisé en trois parties, aborde successivement : les principes généraux de l'alimentation normale chez l'homme sain; la nature et les applications de chacune des substances alimentaires; les variations de régime suivant les individus, les races, les climats, les âges, chez l'homme en santé ou chez les malades.

Nous n'avons pas besoin d'insister sur la compétence universellement reconnue de notre maître, M. le Pr Armand Gautier, en matière d'hygiène et d'alimentation. L'œuvre qu'il publie aujourd'hui, fortement pensée, sobrement écrite, est le résultat d'une longue carrière donnée aux sciences biologiques et d'hygiène alimentaire. Il est bon, ainsi que le dit l'auteur dans son introduction, que les problèmes nombreux et délicats qui se rattachent à l'étude de l'alimentation, soit des valides, soit des malades, fussent examinés par un biologiste, à la lumière si pénétrante et si précise que nos connaissances chimiques modernes projettent sur ces importantes questions.

M. Gautier a posé les problèmes, il les a résolus.

Ce livre est aussi essentiellement pratique, et fourmille de documents bien classés et ordonnés, faciles à retrouver et permet au clinicien et au praticien pressé, d'établir rapidement un régime diététique exactement dosé et raisonné à un point de vue thérapeutique quelconque. Il lui suffit d'obtenir les renseignements sur la digestibilité, sur les équivalents idodynames, et sur la composition des aliments, groupés en quelques courts chapitres, faciles et agréables à lire. Il trouve, du reste, dans la troisième partie les divers régimes, raisonnés au point de vue de leur valeur nutritive et curative, pour les principales maladies.

Citons encore particulièrement les importants chapitres sur les eaux potables, les boissons hygiéniques et les aliments nerveux.

Deux mots aussi sur l'alcool et l'alcoolisme. M. Gautier a traité cette brûlante question comme il convient : en savant et en hygiéniste. Il constate que l'alcool est un aliment hydrocarboné, idodyname de sucres et amylacés, et possédant, en outre, un pouvoir excitateur qui fait défaut à ses succédanés; mais il montre aussi que ces avantages s'obtiennent aux dépens d'une plus forte usure de l'organisme, et conclut que s'il ne faut pas rejeter ce précieux adjuvant de l'alimentation, il faut en combattre l'abus. Il compare justement l'alcool à la morphine; et conclut que l'abus de l'alcool et de la

morphine ne doit pas faire renoncer à leur usage raisonné et raisonnable.

En terminant cette rapide analyse, constatons que cet important ouvrage doit se trouver sur tous les bureaux des praticiens, et être consulté chaque fois qu'il s'agit de composer un régime alimentaire. Ce livre a pour le médecin la même impor n ce qu'un formulaire, il est étonnant qu'on ait pu s'en passer jusqu'à ce jour.

Les méthodes d'exploration de la perméabilité rénale, par Léon Bernard, chef de clinique médicale à la Faculté de Paris. Petit in-8°. (*Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire*). Broché, 2 fr. 50. Cartonné, 3 fr. (Masson et Cie.), éditeurs, 120, boulevard St-Germain, à Paris.

Ce livre traite une question d'actualité, dont l'Académie de Médecine a proclamé l'intérêt en la mettant au concours. L'auteur était préparé à l'étude de ce sujet par ses travaux antérieurs qui lui ont permis de l'aborder dans son ensemble et de se documenter avec des observations personnelles.

Successivement sont étudiés, au point de vue de l'exploration de la perméabilité rénale: l'albuminurie, le volume des urines, la densimétrie; l'analyse chimique des urines; la toxicité urinaire; les méthodes cryoscopiques, et en particulier la méthode personnelle à l'auteur; l'épreuve du bleu de méthylène. A la lumière des faits qu'il a observés, l'auteur montre les avantages et les inconvénients de chacune de ces méthodes, après en avoir exposé le principe et l'application. Les méthodes cryoscopiques et l'épreuve du bleu sont surtout l'objet de développements, justifiés par la faveur qu'elles ont rencontrée et par la fidélité que l'auteur leur reconnaît plus grande que celle des autres procédés d'exploration; il les considère, en effet, comme les plus propres actuellement à apprécier l'activité éliminatoire des reins.

Cependant il est un groupe d'affections pour lequel cette conclusion n'est pas exacte: dans les affections unilatérales du rein, les méthodes communes ne répondent pas aux diverses questions qui se posent au clinicien dans les circonstances spéciales: pour discerner le côté de la lésion, la valeur fonctionnelle du rein lésé, celle du rein opposé, il est indispensable de pratiquer la séparation des urines. L'analyse chimique des urines de chaque rein, obtenue de cette manière, suffit à résoudre le problème clinique; et l'auteur s'est attaché à indiquer les règles du diagnostic dans le cas particulier de la séméiotique urinaire.

Enfin, dans un dernier Chapitre, ce livre indique la valeur clinique de ces méthodes; jusqu'ici seule leur aptitude à indiquer l'état fonctionnel du rein avait été discutée; là il est montré quelle contribution est apportée par cette notion au diagnostic, au pronostic et au traitement des néphropathies.

L'auteur s'est attaché, en se basant sur une étude personnelle de plus de deux cents cas, à montrer le parti que les médecins peuvent tirer de ces méthodes nouvelles. Aussi les praticiens comme les étudiants ne peuvent que trouver profit à lire ce volume.

La nutrition dans ses rapports avec l'immunité, par G. Levaditi, chef du Laboratoire de bactériologie et d'anatomie pathologique de l'hôpital Brancovano (Bucarest), Lauréat de l'Institut (Académie des Sciences). Petit in-8°. (*Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoires*). Broché, 2 fr. 50; cartonné, 3 fr.

Il existe une étroite relation entre l'immunité et la nutrition. Ces deux *processus* essentiels de la vie cellulaire offrent plus d'un point commun; ils sont, jusqu'à un certain point, l'un sous la dépendance de l'autre, ce qui a fait penser que l'immunité n'est, en dernière analyse, qu'un acte nutritif.

L'auteur a mis en évidence, dans cet Ouvrage, les rapports étroits qui relient entre elles l'immunité et la nutrition cellulaire. Il s'est efforcé de puiser dans l'étude de cette im unité tous les faits qui peuvent servir à préciser la nature des actes nutritifs, ce qui lui a permis de résoudre certains problèmes des plus obscurs du domaine de cette nutrition cellulaire.

Les considérations générales que l'on trouve exposées dans cet Ouvrage ne pouvaient être faites, sans que l'auteur ne nous donne des renseignements précis sur les points les plus essentiels de l'immunité, tels que la question des antitoxines, des bactériolysines, des hémolysines et des cytotoxines, etc. Aussi, ce volume renferme-t-il un résumé, à la fois succinct et complet, des découvertes faites récemment sur le terrain de l'*immunité antitoxique, antimicrobienne* et *anticellulaire*.

Nlle Imprimerie. E. Lasnier directeur, 35 37 rue St-Lazare. Paris *Le Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL

TRAVAUX ORIGINAUX

DE L'ACTION DE LA SYPHILIS SUR LA GROSSESSE ET LE PRODUIT DE LA CONCEPTION

Par Ch. Maygrier, Professeur agrégé, Accoucheur de la Charité

Leçon recueillie par M. Devraigne, Interne de service

Messieurs,

Il n'est guère d'affection qui exerce sur la descendance une influence plus désastreuse que la syphilis des parents. Aussi, la prophylaxie vénérienne est-elle plus que jamais à l'ordre du jour : les médecins et les sociologues dans les Sociétés et les Congrès, les littérateurs même dans les romans ou au théâtre, s'occupent de cette maladie et des moyens d'en enrayer les ravages, que nous constatons journellement dans la pratique obstétricale.

Je veux profiter d'une série d'observations recueillies récemment dans le service pour vous montrer l'action de la syphilis sur la grossesse et le produit de conception.

Il faut d'abord élucider la question de la transmission de la syphilis, de son hérédité, si bien étudiée par M. le Pr Fournier.

Le plus souvent les deux générateurs sont syphilitiques : le père a infecté la mèr quelque temps avant la grossesse, parfois même le jour de la fécondation. Mais, le père peut être seul atteint et seul à transmettre une syphilis plus ou moins ancienne, restée en puissance grâce à des spermatozoïdes infectants ; c'est là un mode plus fréquent qu'on ne le croit. Ou enfin, cas plus rare, c'est la mère seule qui est malade, soit antérieurement au mariage, soit à la suite de rapports frauduleux, à l'insu du mari.

L'ancienneté de la contamination est importante au point de vue de la gravité de la transmission. Une syphilis jeune comporte un pronostic sombre. La première année est vraiment l'année terrible ; les chiffres de M. le Pr Fournier le prouvent : il ne meurt en effet pas moins de 88 enfants pendant la grossesse sur 90 ? Plus ancienne, jusqu'à trois ans, la syphilis se transmet encore fréquemment. Au delà de ce laps de temps, surtout si elle a été soignée, elle est relativement moins dangereuse.

Il convient toutefois de faire remarquer que lorsqu'une femme devient syphilitique au cours de la grossesse, les chances d'infection sont d'autant moindres pour l'enfant que la maladie a été contractée à une époque plus avancée de la gestation. Nous avons dans nos salles depuis le 5 décembre, une femme enceinte dont l'histoire est intéressante à ce point de vue. Agée de 24 ans, elle a eu une première grossesse qui a évolué normalement et s'est terminée par la naissance d'un enfant bien portant et qui vit. Enceinte pour la seconde fois, ses dernières règles se sont terminées le 20 avril. Il y a trois semaines, elle constata l'apparition à la vulve d'un bouton, et, devant sa persistance, elle vint huit jours après à notre consultation, où mon interne, M. Devraigne, diagnostiqua un chancre induré. Il existait, en effet, sur la grande lèvre du côté droit une ulcération ovoïde à fond grisâtre peu excavé, reposant sur une base indurée ; pléïade ganglionnaire typique dans l'aîne droite. Le traitement spécifique fut immédiatement institué (pilules de protoiodure). Sur mon conseil, cette malade entra dans le service quinze jours plus tard, le 5 décembre. Elle fut alors soumise à un traitement intensif : injections sous-cutanées d'une solution aqueuse de biiodure à 1 centigr. d'abord, puis à 2.

Actuellement, elle est enceinte de sept mois et demi environ. L'enfant est vivant et les bruits du cœur sont normaux. L'aspect du chancre n'a pas beaucoup changé : c'est, en effet, une notion clinique courante que l'hypertrophie des lésions spécifiques au cours de la grossesse et leur lente disparition ; parfois même le chancre se transforme sur place en plaque muqueuse. Qu'adviendra-t-il du produit de conception chez cette femme ? Comme elle a contracté la syphilis à six mois et demi de grossesse et qu'elle a été traitée presque immédiatement, il est très probable qu'elle accouchera à terme et que l'enfant naîtra indemne. Retenez ce pronostic : dans le cas particulier, vous pourrez le contrôler vous-mêmes (1).

Comment se traduit l'hérédité fracastorienne ? De bien des façons différentes, dont voici d'abord la simple énumération.

Tantôt l'enfant naît à terme vivant et sain, au moins en apparence ; cela s'observe surtout, quand la syphilis des parents est ancienne, quand elle a été traitée. Mais il ne faut pas se hâter de considérer cet enfant comme indemne de toute tare spécifique, car il pourra, dans son adolescence ou même plus tardivement, présenter du strabisme, des accidents oculaires, nerveux, ou autres qui caractérisent la syphilis héréditaire tardive.

Un second cas est celui où, selon l'expression du Pr Fournier, il y a inaptitude à la vie. Le fœtus, atteint d'une sorte de cachexie, est expulsé prématurément, tantôt mort et macéré, tantôt vivant, mais chétif, malingre : c'est alors un avorton voué à la mort dans les heures qui suivent la naissance. Les femmes font ainsi une série d'avortements ou d'accouchements prématurés.

Dans une troisième éventualité, l'hérédité se traduit par les lésions, à la naissance ou peu après, de la syphilis congénitale.

L'hérédité peut encore se transmettre soit par des dystrophies diverses, dont l'enfant né vivant, est atteint tôt ou tard : lenteur de la croissance, infantilisme physique et mental, etc. ; soit par des malformations multiples, hydrocéphalie, bec-de-lièvre, pied-bot, etc., sur lesquelles le Dr Edmond Fournier a particulièrement appelé l'attention ; soit enfin par une prédisposition morbide à toutes les formes de lymphatisme, à la tuberculose, etc.

(1) Suivant nos prévisions, cette femme est accouchée à terme le 25 janvier 1904, d'un enfant vivant et ne présentant aucune trace de spécificité. C'est un garçon, pesant 3 k. 710 (placenta 590 gr.); allaité par sa mère, il a quitté le service le 9 février, en excellent état, pesant 3 k. 880

Le cadre limité de cette leçon ne me permet pas d'envisager toutes ces modalités de l'hérédité syphilitique. Je me bornerai pour aujourd'hui à en retenir deux seulement : I. — Celle où il y a pour le produit de conception inaptitude à la vie ; — II. Celle où il est atteint de syphilis congénitale proprement dite.

I. — Lorsque l'hérédité en question se caractérise chez le fœtus par sa mort *in utero* ou peu après la naissance, sans qu'il présente de lésions spécifiques proprement dites, doit-on se borner à mettre cette inaptitude à vivre sur le compte de ce qu'on a appelé la parasyphilis ?

Une autre explication de la mort du produit de conception peut être fournie par les altérations que présentent habituellement les annexes de l'œuf. Connues depuis longtemps, elles ont été étudiées de nouveau et bien résumées par mon ancien interne le Dr Schwab dans sa thèse en 1896. Je me bornerai à vous rappeler que le placenta syphilitique est souvent volumineux et lourd, pâle et œdématié ; son poids, au lieu d'être le sixième de celui du fœtus, en est le cinquième, le quart, parfois davantage. L'examen histologique, seul vraiment significatif, montre les villosités choriales hypertrophiées, déformées, altérées. Leurs vaisseaux sont sclérosés (endo et péri-artérite et phlébite), entourés d'une prolifération de cellules embryonnaires. La circulation se fait mal ; le champ de l'hématose est diminué, parfois d'une façon considérable, au grand détriment du rôle physiologique du placenta. Ces lésions, lorsqu'elles sont très étendues, suffisent à expliquer la mort du fœtus chez lesquels il n'existe pas d'altérations viscérales évidentes.

L'observation suivante vient à l'appui de ce qui précède et peut servir de type à ce point de vue. Le 26 novembre est entrée dans le service une primipare de 24 ans. Le travail commençait, et le sommet se présentait en O I D P. *L'auscultation était absolument muette*. Un interrogatoire minutieux nous apprit que cette femme avait eu depuis 1897 de fréquents maux de gorge, des céphalées violentes, des tendances aux syncopes et tous les signes d'une anémie profonde. Au quatrième mois de sa grossesse actuelle, elle se découvrit sur le front, les avant-bras, les membres inférieurs, une éruption qui existe encore et présente tous les caractères d'une syphilide papuleuse, circinée, en plaques. A la rupture des membranes, le liquide amniotique s'écoule brunâtre, teinté de méconium et de sang. Un fœtus de 1.200 grammes est expulsé, macéré ; il paraît âgé de sept mois. Le placenta pèse 410 grammes, le tiers du poids fœtal ! La caduque, épaissie comme elle l'est en pareil cas, est retenue en partie dans l'utérus. Quelques heures après l'accouchement, la température monte à 38° 2. Elle diminue progressivement, et le sixième jour la femme va tout à fait bien. Elle est soumise à un traitement spécifique, qui consiste en piqûres de 1, puis 2 centigrammes de biiodure en solution aqueuse.

II. La syphilis congénitale peut se déclarer pendant la vie intra-utérine ou après la naissance. Dans le premier cas, l'enfant vient au monde mort ou vivant, porteur de lésions caractéristiques. Dans le second cas, ces lésions surviennent généralement dans le premier mois de la vie, rarement plus tard. Quoiqu'il en soit, les nouveau-nés syphilitiques ont un aspect généralement chétif, le ventre volumineux, *de batracien*, ce qui est dû à de l'ascite ou à une hypertrophie du foie et de la rate ; leur peau, souvent flasque et ridée, présente à la paume des mains et à la plante des pieds des bulles de pemphigus ; il peut exister des fissures, des rhagades à la commissure des lèvres, au pourtour de l'orifice anal. Ces enfants sont souvent atteints d'un coryza tenace et bien significatif Leurs épiphyses sont volumineuses. Ils se développent mal et dépérissent d'une façon constante, ce qu'indique leur courbe de poids, qui est progressivement descendante. Quand ils finissent par succomber, on trouve à l'autopsie des lésions viscérales qui con-

firment l'hérédo-syphilis. Le foie est volumineux, dur, élastique, d'une coloration de pierre à fusil, et est histologiquement atteint de sclérose spécifique. La rate est grosse, également sclérosée. Mon ancien interne, le Dr Macé, aujourd'hui mon collègue, a étudié avec soin la rate chez les nourrissons syphilitiques. Il a montré comment on doit, pendant la vie, explorer cet organe pour en apprécier l'augmentation de volume : l'enfant est couché sur le côté droit, les membres inférieurs sont fléchis sur le bassin; l'abdomen étant ainsi relâché, la main déprime la paroi au-dessous des fausses côtes gauches et perçoit la rate qu'elle peut saisir et sentir glisser entre le pouce placé en arrière et les autres doigts situés en avant. Chez les garçons, les testicules peuvent être, comme l'a montré le Pr Hutinel, le siège d'une sclérose diffuse qui étouffe les tubes séminifères, etc...

Nous avons eu l'occasion d'observer ces altérations organiques dans deux cas récents, dont voici la relation :

Le 10 novembre 1903 entre à la Charité une secondipare, perdant de l'eau depuis la veille. La première grossesse date de 1902, et s'est terminée à sept mois par la naissance d'une fille morte et macérée, du poids de 1.450 grammes, le placenta pesant 550 grammes.

Malgré l'absence de traces de spécificité sur la mère, pensant à bon droit à de la syphilis paternelle, je prescris le traitement à cette femme et lui conseille, si elle devient enceinte de nouveau, de venir me trouver dès le début de sa grossesse suivante. Non seulement elle n'a pas suivi le traitement prescrit, mais elle n'est venue à la consultation que le sixième mois de sa seconde grossesse. Ses dernières règles sont du 5 au 13 mai, l'enfant est vivant. Malgré tout, on lui ordonne des pilules de protoiodure. Quelques jours après elle entre dans le service. Je l'y ai vue le lendemain et j'ai été frappé, en l'auscultant, de constater dans le rythme des bruits du cœur des périodes de ralentissement très marqué. Je vous ai fait part alors de mes craintes quant à l'enfant. Or, le même jour, la femme entrait en travail; peu après, à trois heures de l'après-midi, les battements du cœur disparaissaient, et à six heures la femme accouchait d'un enfant mort, pesant 2.510 grammes, ayant un ventre énorme. Le placenta expulsé spontanément pesait 660 grammes. A l'autopsie, M. Devraigne trouva une ascite considérable, un foie de 112 grammes alors que chez le fœtus à terme ce viscère normal a un poids de 90 à 125 grammes. La rate, grosse, pesait 8 gr. 5. Les reins étaient volumineux. La mère a quitté le service, nous promettant de suivre son traitement pour éviter un troisième désastre.

Une réflexion à propos de ce fait. Quand un enfant hérédo-syphilitique souffre pendant le travail, on est naturellement porté à intervenir, car il est possible que cette souffrance tienne simplement à une compression accidentelle du cordon ; mais, comme elle peut être aussi due à des lésions viscérales, il est bon d'avertir la famille que vous n'êtes pas sûr de sauver cet enfant, afin qu'on ne vous accuse pas d'être intervenu trop tard ou même, comme j'en ai vu un exemple, d'avoir causé sa mort par votre application de forceps.

Dans la seconde observation, il s'agit d'une tertipare entrée dans le service le 25 novembre à 1 heure du matin, enceinte de 7 mois d'un enfant vivant, se présentant par le sommet. En examinant la femme qui est en travail, on lui trouve des plaques muqueuses aux organes génitaux externes. Les deux premières grossesses ont été normales; la contamination a dû se faire entre la deuxième et la troisième. Le sommet s'engage brusquement et l'accouchement se fait normalement. L'enfant, du poids de 1470, vit ; il a lui aussi le gros ventre pathognomonique. Il meurt au bout de 25 minutes, comme pour affirmer par son inaptitude à la vie sa tare spécifique. La délivrance spon-

tanée donne un gros placenta qui pèse 810 gr. A l'autopsie, M. Devraigne trouve de l'ascite, quelques fausses membranes péritonéales, (péritonite syphilitique) un foie de 155 gr., farci de gros noyaux blancs à la coupe ; la rate pèse 15 gr., les poumons présentent des noyaux d'hépatisation.

Pour terminer, je voudrais vous dire quelques mots du traitement spécifique prophylactique et curatif.

Lorsqu'une femme enceinte se présente à vous au début de sa grossesse, porteuse d'une syphilis plus ou moins ancienne, soumettez-la immédiatement à un traitement intensif, même s'il s'agit d'une contamination récente. Certes vous aurez le choix, suivant les conditions sociales de la malade, entre les pilules, les frictions, le sirop de Gibert et les injections. D'après les travaux récents, il paraît avéré que le meilleur traitement est l'injection intra-musculaire de mercure à doses intensives, sous forme de sels solubles ou insolubles. Parmi ceux-ci je préfère la solution aqueuse de biiodure à 1, 2, 3 centigrammes par jour et même davantage, suivant la résistance de la malade; on a de plus en plus tendance à abandonner les petites doses. Mon ami, M. le Dr Barthélemy, dont l'autorité est indiscutable en la matière, préconise plutôt les préparations insolubles ; il a obtenu d'excellents résultats avec 2 et 3 gouttes d'huile grise donnée tous les 8 jours. Il a même observé des cas où avec une seule piqûre par mois il a pu mener à terme des grossesses qui se sont terminées par la naissance d'enfants bien portants.

Est-ce à dire qu'il faut renoncer à l'iodure de potassium ? Dans certains cas particuliers d'avortements ou d'accouchements prématurés répétés, de mort habituelle du fœtus, où la syphilis est probable, mais reste douteuse, Tarnier a obtenu des succès et vu des grossesses ultérieures évoluer heureusement et les enfants naître vivants et sains, en administrant à la mère de l'iodure à la dose quotidienne de 2 à 3 gr. dès le début de la gestation. Toutefois, quant la syphilis est nettement reconnue, il vaut mieux recourir au mercure.

Quand la femme est saine le mari seul étant spécifique, que convient-il de faire au début d'une grossesse ? Il faut sans hésitation traiter la mère pour traiter le fœtus. Ce n'est pas toujours chose facile ; car on ne peut pas dire à cette femme que son mari est syphilitique. Votre savoir-faire viendra alors en aide à votre savoir ; vous administrerez à la mère, le plus souvent avec la complicité du père, un traitement spécifique que vous qualifierez de tonique, et qui sera toujours docilement accepté si vous faites valoir l'intérêt de l'enfant.

La grossesse a suivi son cours. Le petit hérédo-syphilitique est né vivant, à terme. Qu'allez-vous faire ? D'abord vous le ferez allaiter par sa mère, même si elle n'a jamais présenté d'accidents et si le père est seul syphilitique ; car, en raison de la loi de Colles qui ne souffre que de très rares exceptions, une mère saine peut nourrir sans danger son enfant syphilitique. D'autre part, confier cet enfant à une nourrice, même s'il paraît indemne à sa naissance, serait une grave imprudence ; car la syphilis congénitale peut ne faire son apparition qu'au bout de plusieurs jours ; la nourrice serait infailliblement contaminée, et elle aurait le droit d'exercer des poursuites judiciaires contre les personnes qui lui ont confié le nourrisson.

Comment traiterez-vous l'enfant ? Les frictions mercurielles constituent une bonne thérapeutique ; il faut toutefois en user avec prudence et varier chaque jour la place où on les fait, car la peau du nouveau-né est fine et délicate et s'irrite facilement. Les bains de sublimé sont un bon adjuvant, mais sont insuffisants à eux seuls. J'ai obtenu

d'excellents résultats de la liqueur de Van Swiéten qu'on peut donner dans du lait à la dose de 10, 20, 30 gouttes et même davantage, par jour. Elle peut cependant être mal tolérée par l'estomac. Aussi, depuis que la pratique des injections mercurielles sous-cutanées est entrée dans la thérapeutique, on a songé à employer ce moyen chez le nouveau-né. Quelques essais faits dans mon service, avec 1 milligr. de biiodure en solution aqueuses, ont paru concluants. L'inconvénient est qu'il faut renouveler ces injections tous les jours. Je me suis demandé si l'on pourrait sans inconvénients recourir à l'huile grise et ne faire alors qu'une injection hebdomadaire. Cette question est à l'étude. En tous cas, la chose serait facile, surtout chez les enfants qui suivent régulièrement des consultations de nourrissons, et sont ramenés tous les huit jours. Ici, à la Charité, notre consultation nous permet en effet de surveiller un certain nombre de petits avariés, et j'ai pu constater chez eux l'heureuse influence du traitement spécifique combiné à la réglementation de leur alimentation.

A PROPOS D'UN LIVRE SUR L'OBÉSITÉ ET SON TRAITEMENT (1)

Par le Dr Gabriel Leven,

Ancien interne des hôpitaux.

« L'obèse doit maigrir en mangeant à sa « faim, en buvant à sa soif, sans surme- « nage physique. »

La thérapeutique doit toujours être basée sur la pathogénie; une pathogénie différente de la pathogénie classique doit donner naissance à une thérapeutique autre que la thérapeutique classique.

Ces notions justifient les lignes que j'ai inscrites à la première page d'un livre sur l'obésité et son traitement, justifient l'épigraphe que je me propose de commenter ici.

Je n'étudierai, dans ce journal, que les questions relatives à l'alimentation, à la boisson, aux exercices physiques, et je n'aborderai que les problèmes pour lesquels je propose une solution nouvelle.

Je dois, tout d'abord, au lecteur quelques mots d'explication sur la manière dont je conçois la genèse de l'obésité.

Tout obèse est pour moi un malade et l'obésité est un symptôme de la maladie dont il souffre. L'obésité n'est pas une entité morbide, mais un symptôme qui, à lui seul, ne constitue pas plus un état pathologique que la déformation du rhumatisme chronique ou le dépôt tophacé de la goutte.

L'obésité ne paraît jamais seule, jamais isolée. Elle évolue toujours au centre d'un cortège de symptômes plus ou moins graves, plus ou moins nombreux.

(1) *L'obésité et son traitement*, par le Dr Gabriel Leven. — Bibliothèque de médecine pratique, publiée sous la direction du Pr Hutinel, éditée par A. Joannin et Cie, Paris.

L'accumulation de la graisse est un fait secondaire qui ne mérite pas de fixer, seul, l'attention. C'est du malade que le médecin doit se soucier, et non de l'obèse.

Je puis résumer ma pensée dans la formule : « Guérissez votre malade, vous guérirez l'obésité. »

Le lecteur entrevoit déjà combien cette conception nous éloigne de la thérapeutique, qui fait maigrir l'obèse, en troublant l'organisme par une alimentation insuffisante, le surmenage physique, les médicaments toxiques; de la thérapeutique, qui a pour seul objet la destruction de la graisse, thérapeutique qui ne se préoccupe pas du malade et dont les résultats sont passagers, parce que le sujet amaigri reste un malade, malgré la disparition artificielle de quelques kilogrammes.

Mais pourquoi un malade devient-il obèse; pourquoi tel sujet engraisse-t-il après une maladie infectieuse; tel autre après un traumatisme (observations de Du Castel et de Leven); tel autre après des émotions (Féré, Leven)? Pourquoi une femme devient-elle obèse après une grossesse ; une autre, à la ménopause ; une troisième, après la lactation; une quatrième, le jour où elle a des troubles menstruels? Pourquoi connaissons-nous des obèses qui mangent peu et ont une grande activité physique? Pourquoi connaissons-nous des individus qui, en bonne santé, ne peuvent augmenter leur poids, malgré la suralimentation? Pourquoi certains obèses ne maigrissent-ils qu'au moment où on leur interdit le surmenage physique?

Pourquoi, enfin, voit-on revenir au point physiologique tel malade obèse dont on a guéri la dyspepsie ; telle femme obèse qui a retrouvé la santé, grâce à une intervention chirurgicale, telle autre dont la menstruation est redevenue normale?

Pour expliquer tous les faits que je viens d'énumérer, l'apparition et la disparition de l'obésité, sa guérison par le seul traitement des maladies qui l'accompagnent, la fixité du poids de l'homme sain suralimenté, etc., etc., il faut admettre l'existence d'un appareil nerveux régulateur de l'accumulation et de la destruction de la graisse.

Cet appareil perd son fonctionnement physiologique sous des influences multiples. Lorsqu'il récupère son intégrité fonctionnelle, par la guérison des troubles morbides qui en ont faussé le mécanisme, l'obésité disparaît spontanément.

Je crois avoir démontré, dans mon livre, la réalité de l'existence de cet appareil nerveux régulateur du poids, en m'appuyant sur la clinique, sur l'expérimentation clinique, sur l'anatomie et la physiologie pathologiques; en utilisant l'observation de Mosny qui nous montre un malade dont l'obésité est localisée dans la moitié supérieure du corps, l'observation de Weir Mitchell dont la malade, au contraire, n'était amaigrie que dans la moitié supérieure du corps; en analysant les observations de lipomatoses symétriques, douloureuses ou non, d'adiposes localisées, consécutives aux névrites; en me basant sur les faits d'obésités traumatiques que l'on doit assimiler aux diabètes nerveux traumatiques, etc.

Voici un malade obèse, surmené par les affaires, souffrant de symptômes dyspeptiques et ayant l'estomac dilaté. Chez ce malade, l'obésité a paru, parce que l'appareil nerveux régulateur du poids n'a plus un fonctionnement normal. Le surmenage cérébral et les accidents gastriques ont altéré son mécanisme; le repos cérébral et la guérison de l'estomac sont nécessaires, indispensables pour restaurer le mécanisme imparfait et ramener ainsi le corps à son poids physiologique, sans alimentation insuffisante, sans surmenage physique.

Avec une « cure d'amaigrissement » classique, on aurait peut-être réduit le poids de l'obèse. Mais cette réduction n'aurait persisté que pendant la durée du régime et si la

guérison de l'obésité avait été définitive, nous aurions vu paraître le diabète, l'asthme, équivalents morbides dont le médecin connaît si bien l'existence que, tout comme son malade, il a une peur raisonnée et raisonnable de la « cure d'amaigrissement. «

Le lecteur peut déjà prévoir que je n'assignerai pas à l'alimentation, à la boisson, au mouvement, dans la genèse de l'obésité, le rôle que les classiques lui attribuent; et que, d'autre part, au sujet de l'hygiène alimentaire et physique, je ne donnerai pas aux obèses des conseils semblables à ceux qu'ils sont habitués à recevoir. L'exposé qui précède facilitera la lecture des pages suivantes extraites du livre sur l'obésité et son traitement.

Alimentation et Obésité.

« On a toujours attribué à l'alimentation excessive un rôle important dans la production de l'obésité; mais selon les époques et les théories physiologiques régnantes, l'interprétation du mode d'action de l'aliment a varié.

« On considère généralement l'engraissement comme la résultante fatale de l'excès des recettes sur les dépenses. On engraisse, en d'autres termes, parce qu'on mange trop et qu'on ne détruit pas assez, par l'exercice, le mouvement.

Si l'alimentation absorbée a une valeur de 3.000 calories, par exemple, le poids reste stationnaire tant que ce nombre de calories est entièrement utilisé pour l'entretien de la vie et par les muscles qui travaillent. Si la consommation des calories n'est pas complète, si l'entretien de la vie et le travail musculaire n'utilisent que 2.500 calories, il y aura épargne et production de graisse.

« Les médecins et les physiologistes posent pour la plupart le problème de l'engraissement dans les termes suivants :

« L'engraissement survient, lorsque le nombre de calories utilisées est plus petit que le nombre de calories reçues ».

« Cette formule n'a été admise que le jour où l'on sut que l'organisme pouvait faire de la graisse, non seulement avec les corps gras, mais encore avec les albuminoïdes et les hydrates de carbone.

« Ces notions, prouvant que la graisse de l'obèse a des origines multiples, contribuèrent à diminuer chez le médecin la crainte des corps gras. On ne s'occupa plus de la nature de l'aliment, de sa teneur en graisse; on ne se soucia plus que de sa valeur calorique (v. Noorden) et on adopta, en la matière, le principe de l'isodynamie des aliments.

« De ces conceptions naissait une thérapeutique simpliste: pour maigrir, il faut choisir une alimentation représentant un nombre de calories plus faible que celui dont l'organisme a besoin. J'ajouterai, dès maintenant, que tous les traitements de l'obésité, français ou étrangers, reposent sans exception sur ce principe.

« Le lecteur a vu des malades mangeant peu, ayant une vie très active, et engraissant. Chacun de nous connaît des individus ayant une alimentation très riche et n'engraissant pas, et d'autres qui engraissent, bien que réduisant leur alimentation tant qu'ils peuvent, espérant ainsi combattre l'obésité.

« Tous les médecins ont vu des malades qui, avec un régime alimentaire invariable, maigrissaient ou engraissaient, selon la phase de leur maladie.

Que nous apprend la clinique? M. Bouchard a observé 111 obèses, 36 hommes et 75 femmes; sur ces 111 malades, 50 avaient un régime normal, 40 étaient gros mangeurs et 10 avaient une ration quotidienne inférieure à la normale. Un malade, dont j'ai rapporté l'observation à la Société de Biologie et qui était devenu obèse après un trauma-

tisme, a perdu 20 kilogrammes en 6 mois, malgré une alimentation très abondante consistant en pâtes, en farineux, en bouillies, en crêmes; malgré un séjour prolongé au lit, puisqu'il n'a pas quitté le lit pendant ces six mois.

« Ce malade prenait à chaque moment de la nourriture, car il avait des fringales douloureuses perpétuelles et la souffrance gastrique ne cessait qu'après absorption d'un aliment.

« Ce malade restait au lit parce qu'il était neurasthénique et avait une asthénie telle qu'il ne pouvait se tenir debout.

« J'ai laissé tous les malades obèses que j'ai traités manger farineux, féculents en quantité convenable, ne craignant pas pour eux ces aliments dont la déplorable réputation en matière d'obésité n'est guère méritée.

« Je ne crains pas ces aliments; je ne crains pas leur valeur calorique, ni leur composition chimique. Je ne les crains pas, parce qu'ils sont d'une digestion facile, que tout aliment, facile à digérer, ne trouble pas le plexus solaire (centre nerveux de l'appareil digestif), et que par conséquent le centre régulateur du poids n'est pas compromis secondairement par l'aliment.

« Je laisse prendre ces aliments aux obèses, parce que la clinique et l'expérimentation clinique montrent que l'action de l'aliment, dans la production de l'obésité, est autre que celle qui lui est toujours attribuée.

« On redoute l'aliment gras pour l'obèse à cause de la richesse en calories du corps gras. Noorden le permet à l'obèse, si le nombre des calories que la graisse introduit dans l'alimentation n'est pas trop considérable.

« C'est de tout autre façon, je crois, que la question doit être envisagée.

« L'aliment gras est l'aliment indigeste par excellence, qui provoque et entretient la dyspepsie chez l'obèse, lorsque la quantité qui peut nuire à l'estomac est atteinte.

« Le mode d'action de l'aliment (corps gras, azotés, hydrocarbonés), reçoit, comme on le voit, une interprétation nouvelle que je puis résumer en ces deux propositions :

« 1° L'aliment peut provoquer l'obésité, lorsqu'il est indigeste, quelle que soit la valeur calorique ou sa formule chimique.

« 2° L'aliment ne provoque pas l'obésité, lorsqu'il n'est pas indigeste, quelle que soit sa valeur calorique ou sa formule chimique.

« On pourra répondre à ce que je viens de dire que tous les traitements basés sur une réduction de l'alimentation ont eu des succès et ont fait maigrir des obèses. Il est certain que si l'aliment n'est pas fourni à l'organisme en quantité convenable, l'organisme vit à ses propres dépens et l'a maigrissement est dû à la destruction des réserves faites. Cela est vrai; au nombre des éléments détruits, il y a bien les corps gras, qui sont en excès; mais il y a encore des éléments nobles, des matériaux albuminoïdes dont on ne peut limiter la destruction.

« L'organisme souffre de la destruction de ces matériaux albuminoïdes et reste désorganisé après la « cure d'amaigrissement ». De plus, dès que le malade s'alimente à nouveau, son poids redeviendra ce qu'il était primitivement, ou même l'obésité s'accentuera davantage.

« Dans les cas où l'amaigrissement consécutif à la « cure d'amaigrissement » reste définitif, comme je l'ai dit, le symptôme obésité sera remplacé par un equivalent morbide, bronchite, diabète, asthme, albuminurie, etc.

« Il y a des cas, enfin, où la « cure d'amaigrissement » aura été efficace. Le malade a maigri et reste définitivement guéri de son obésité.

« Ces succès peuvent et doivent s'expliquer ainsi : l'obèse était un dyspeptique ; la diminution de l'alimentation pendant un certain temps a été favorable à l'estomac malade.

« La dyspepsie s'est améliorée, a pu disparaître et l'obésité a cédé, n'étant plus entretenue par la dyspepsie.

Eau, Alcool et Obésité.

« On dit que l'eau fait engraisser. Un grand nombre de médecins, en France et à l'étranger, suppriment l'usage de l'eau à leurs malades désireux de maigrir, ou en réduisent considérablement la consommation. Ce régime a des partisans, tels que Constantin-Paul, Dujardin-Beaumetz, Ebstein, Œrtel, etc.

« L'idée de ce traitement n'est pas très nouvelle puisque Pline-le-Jeune, nous dit Œrtel, le préconisait déjà.

« Nos contemporains se sont appuyés, pour conseiller le régime sec, sur les travaux scientifiques de Dancel qui avait emprunté à Boussingault des conclusions que ce savant n'avait jamais formulées.

« Dancel, médecin militaire, avait vu maigrir un cheval d'un régiment de la garde de Paris par la réduction de l'eau que cet animal buvait en très grande quantité. Il avait fait engraisser un autre cheval en le faisant boire abondamment. C'est sur ces deux observations qu'il édifia son traité théorique et pratique de l'obésité qui parut en 1865 ; c'est sur la foi de cet enseignement que nombre de médecins recourent au régime sec.

« De nombreuses discussions se sont engagées au sujet de l'influence de l'eau sur l'obésité. La question peut être considérée, à l'heure actuelle, comme définitivement tranchée.

« Il est légitime d'affirmer que l'eau ne fait ni maigrir ni engraisser ; cette affirmation, dans des cas très rares, peut paraître en faute ; je dois le signaler maintenant ; nous verrons comment et pourquoi.

« On peut déduire cette affirmation de la lecture des nombreuses expériences, celles de Debove et Flamant entre autres, faites pour élucider le problème de l'influence de l'eau sur l'obésité, dont les données sont très nettement exposées dans un travail de Callamand.

« Les partisans du régime sec nous parlent de malades qui ont pu perdre 4 kil. 500 en cinq jours (Œrtel), par la simple diminution de l'eau. Ces 4 kil. 500 sont des kilogrammes d'eau et non des kilogrammes de graisse ! Les malades sont déshydratés et leur amaigrissement est factice. Dès qu'on leur permet de boire, ils retrouvent leurs kilogrammes perdus en un temps extrêmement court, en quelques jours. Il est impossible, physiologiquement, de détruire en un temps si court une si grande quantité de graisse ! Il n'est pas moins impossible de fixer en si peu de jours une telle quantité de graisse.

« L'athlète peut perdre un kilogramme, après un exercice violent qui a provoqué une sudation abondante. On ne dira pas qu'il a maigri : on sait qu'il a perdu de l'eau. Il en est de même pour l'obèse que le régime sec fait maigrir.

« Le traitement de l'obésité basé sur l'abstinence des liquides peut causer des accidents mortels.

« Proust et Mathieu rapportent dans leur livre des observations de G. Rosenberg, qui a vu des malades ainsi traités avoir de l'albuminurie, des troubles cardiaques, des troubles cérébraux graves, etc.

« Diminuer la boisson au-delà de certaines limites, c'est diminuer la masse liquide du sang; c'est compromettre le lavage des tissus par le sang: c'est faciliter la rétention de produits toxiques qui doivent être éliminés par les reins ou la peau; c'est mettre en danger l'organisme!

« J'ai dit plus haut que l'on doit considérer comme indiscutable l'opinion que l'eau ne fait pas engraisser. Le lecteur me fera remarquer qu'il a connu des obèses qui ont maigri en cessant de boire de l'eau aux repas, en ne buvant que deux ou trois heures après, lorsque la digestion est sur le point d'être achevée. La règle souffre-t-elle donc une exception? L'observation est exacte; voici comment on doit l'interpréter. Quelques dyspeptiques, et tous les obèses sont dyspeptiques, digèrent mieux lorsque les liquides et les solides ne sont pas ensemble dans l'estomac. Le liquide retarde l'évacuation de l'aliment solide dans l'intestin; le liquide dilue trop les sucs gastriques. Les fonctions sécrétoires et motrices sont donc altérées par la présence simultanée des liquides et des solides.

« Chomel connaissait le fait et l'avait consacré sous le nom de « dyspepsie des liquides ». J'ai, dans une communication à la Société de Biologie, démontré la justesse de ces hypothèses, vérifiées en étudiant le transit des liquides dans l'estomac de l'enfant, au moyen des rayons de Rœntgen.

« Les obèses, dont la digestion s'améliore par la suppression des liquides aux repas, appartiennent à la catégorie des malades dont je viens de parler. La dyspepsie bénéficie de ce régime et ils peuvent maigrir, lorsque les fonctions gastriques s'améliorent. L'eau ne les faisait pas engraisser directement; elle les faisait engraisser en entretenant la dyspepsie.

« En étudiant l'influence de l'alimentation sur l'obésité, je suis arrivé à la conclusion que seul l'aliment indigeste par sa quantité ou sa qualité peut produire l'obésité, en provoquant la dyspepsie. A propos de l'influence de l'eau, j'arrive à formuler dans les mêmes termes que, si l'eau paraît, dans quelques cas, favoriser l'engraissement, c'est en entretenant la dyspepsie.

« Je rappelle, pour la clarté des faits, que j'ai essayé de montrer que cette dyspepsie (irritation du plexus solaire) met en jeu l'irritabilité du centre nerveux régulateur du poids, qui, troublé dans son fonctionnement, laisse l'accumulation de la graisse se produire.

« Il m'a semblé utile de remettre cette notion sous les yeux du lecteur avant d'étudier l'influence de l'alcool et des boissons alcoolisées (vin, bière, etc.), dont il comprendra ainsi plus facilement le mode d'action.

« L'alcool fait engraisser. Tous les physiologistes, tous les médecins sont d'accord pour admettre que le vin, la bière, les liqueurs peuvent provoquer l'engraissement.

« J'ai pu faire maigrir des obèses par la seule suppression du vin, sans aucune autre modification du régime alimentaire ou de l'existence.

« Dans ma thèse sur l'obésité, j'ai rapporté l'observation d'un externe des hôpitaux qui avait perdu, de cette manière, 10 kilogrammes en deux mois. J'ai réuni, depuis, plusieurs observations de malades dont j'ai traité et guéri l'obésité, soit par la suppression complète des boissons alcoolisées, soit par leur simple diminution, leur alimentation et la vie physique ne subissant aucun changement.

« Le Dr Weiss, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, m'a signalé un cas sem-

blable aux miens : il concerne un médecin qui perdit 19 kilog. en renonçant à boire du vin aux repas.

« Chez tous mes malades, le vin a été remplacé par de l'eau ou du thé très léger, des tisanes, dont ils buvaient à leur gré. Chez tous ces malades, les boissons alcoolisées avaient entretenu des troubles gastro-intestinaux qui cessèrent lorsque l'alcool fut supprimé. C'est à la disparition de ces troubles gastro-intestinaux que j'attribue la guérison de l'obésité.

« Je suis d'accord avec tous ceux qui admettent que l'alcool fait engraisser. Je me sépare d'eux dans la manière d'interpréter l'action de l'alcool.

« Physiologistes et médecins disent que l'alcool fait engraisser : ils expliquent ce fait en disant que l'alcool agit comme aliment d'épargne ou qu'il fournit un grand nombre de calories qui créent l'obésité, en augmentant la quantité de calories fournies par l'alimentation.

Un homme qui reçoit 2.500 calories de son alimentation et qui boit un litre de vin en 24 heures, ajoute environ 800 calories à son alimentation par le vin qu'il absorbe.

« Le physiologiste dira : les recettes sont trop fortes : diminuons-les, supprimons le vin, nous supprimerons 800 calories, l'homme maigrira. L'homme maigrit en effet : mais il maigrit pour une raison différente, comme je l'ai démontré dans une communication à la Société de Biologie le 9 mai 1903.

« A cet homme, auquel le physiologiste supprime 800 calories en lui défendant le vin, je rends 800 calories en lui donnant du beurre, du sucre, des féculents et l'homme n'engraisse pas. Il n'engraisse pas, parce que les aliments nouveaux, malgré leur richesse calorique, n'ont pas compromis le tube digestif et parce que la régulation du poids s'est maintenue normale.

« Si tout le problème de l'engraissement se résumait dans une question de calories, l'homme aurait engraissé aussi bien avec 800 calories en sucre, féculents, etc., qu'avec 800 calories en vin.

« Je crois que ma démonstration est suffisante.

Travail musculaire et Obésité

« L'obésité, cette maladie des gourmands et des paresseux, ne reconnaît pour cause, dans la moitié des cas, ni l'abus de l'aliment, ni le défaut d'exercice.

« C'est le Pr Bouchard qui parle ainsi dans son livre sur les maladies par ralentissement de la nutrition.

« J'ai étudié le rôle de l'aliment, de la boisson ; il me reste à analyser celui du travail musculaire.

« J'ai démontré l'exactitude de la première remarque de M. Bouchard ; je démontrerai ici la justesse de la seconde. Ce savant a vu que sur 100 obèses, 35 ont une vie normalement active, 28 une vie plus active que la moyenne et 37 une vie insuffisamment active.

« Et cependant Bunge a pu soutenir que l'insuffisance d'exercice musculaire est la seule et unique cause de l'engraissement. Pour formuler une semblable proposition, il a dû se contenter d'observer des obèses qui, sous l'influence d'un exercice exagéré, ont perdu rapidement du poids.

« Son erreur est de même nature que celle du médecin qui supprime l'eau à un obèse et le voit avec joie perdre 3 à 4 kilogr. en quelques jours. Cette diminution de poids

rapide, consécutive à un exercice violent, est passagère : dès que le malade cesse l'exercice, le poids augmente à nouveau.

« Le lecteur connaît des malades qui ont une faible alimentation et qui engraissent ; il connaît aussi des obèses qui font beaucoup d'exercices, des armes, de l'escrime, de l'équitation et qui ne maigrissent pas, malgré ce surmenage physique. Ce sont les mêmes obèses que l'on retrouve d'une année à l'autre dans les salles d'armes ; ce sont les mêmes que l'on voit à cheval, dans les allées du Bois de Boulogne.

« Ils restent obèses, malgré l'exercice, car leur système nerveux régulateur du poids fonctionne imparfaitement. Il y a lieu d'invoquer ici encore le principe qui permettait de comprendre comment d'autres malades restaient obèses, en mangeant très peu.

« Ce surmenage physique qui dépasse leurs forces n'est point ce qui convient au rétablissement de l'équilibre nutritif détruit. Le surmenage contribue à empêcher la restauration de cet équilibre. La démonstration de cette opinion repose sur des faits d'observation clinique. Je me bornerai à citer deux observations.

« Un marchand de grains, d'une commune de Seine-et-Oise, pèse 108 kilogrammes. Pour maigrir, il renonce à utiliser sa voiture et se condamne à faire toutes ses courses à pied. Le résultat n'est pas satisfaisant ; son poids se maintient. Ce malade a des céphalées, de la dyspepsie. Céphalée et dyspepsie cèdent au traitement, mais le poids ne diminue pas : j'apprends par lui qu'il n'avait pas renoncé à son surmenage physique. Il avait si souvent entendu dire qu'en marchant beaucoup il maigrirait, que je n'avais pu le convaincre. Après maints avis, il se décida à reprendre sa voiture et à réduire considérablement le nombre d'heures de travail physique. Peu de temps après, le poids commence à diminuer et baisse graduellement.

« L'hygiène alimentaire, la guérison des symptômes morbides n'avaient pas suffi à régulariser le poids, tant que le surmenage musculaire avait continué à porter le trouble dans la nutrition du malade.

« Un employé de l'hospice des Enfants Assistés pèse 95 kilogrammes ; il habite loin de l'hospice où son travail l'oblige à se rendre matin et soir. Il rentre chez lui prendre ses repas et fait les quatre courses fort longues à pied, espérant maigrir en marchant beaucoup.

« Son poids reste invariable jusqu'au jour où, lui montrant le danger de ce surmenage accentué par une forte claudication, je lui conseille de faire ces quatre courses en omnibus. A partir de ce moment son poids baisse.

« Je ne voudrais pas laisser croire que la suppression absolue de tout exercice musculaire soit un traitement de l'obésité.

« Il nous faut un aliment approprié à nos besoins, à notre organisme, à sa manière d'être ; il nous faut une certaine dose de travail physique qui varie, selon l'état où nous sommes, en santé ou malade. Tout excès est nuisible. L'insuffisance du travail physique est aussi dangereuse que l'excès. Le sage serait celui qui connaîtrait exactement ses besoins.

« L'écrivain, l'homme de bureau, immobilisés pendant des journées entières à leur table, engraissent, car leur nutrition souffrira de l'insuffisance de l'exercice, aussi bien qu'elle souffre et de l'air vicié qu'ils respirent et de l'excès de travail intellectuel et de l'alimentation mal comprise.

« Cet écrivain, cet homme de bureau, devenus obèses, pourront maigrir en faisant de l'exercice en quantité convenable, si l'insuffisance d'exercice est la cause principale du trouble de leur nutrition.

« Le problème est complexe : faisant plus d'exercice, ils fatigueront moins leur cerveau, respiront un air meilleur, amélioreront leurs fonctions digestives.

« Maigriront-ils surtout parce que leur cerveau sera reposé ou parce que l'estomac sera plus actif ? Ce n'est pas cela qui nous intéresse actuellement.

« Ce qui nous intéresse, c'est de savoir que ces hommes obèses sont susceptibles d'engraisser bien davantage, si au lieu de faire un exercice modéré, ils se surmènent par la marche, la chasse, etc.

« Les obèses peuvent, au moyen d'un exercice excessif, perdre du poids grâce à une abondante destruction de graisse et surtout grâce à une perte considérable d'eau. Ce résultat s'obtient dans les stations minérales spéciales où le malade peu nourri, fait 6 à 7 heures de marche en montagne, transpire beaucoup, est purgé, douché, massé sans relâche.

« Il maigrirait aussi bien à Paris, s'il y suivait le même régime.

« La diminution du poids est si artificielle que, quelques mois après la fin de la cure, le poids du malade est de nouveau ce qu'il était avant le départ pour les eaux. Et cependant, les malades, justifiant le nom de patients, retournent chaque année aux eaux avec le même enthousiasme.

« L'exercice excessif, celui qui surmène l'organisme et le compromet, peut produire l'amaigrissement définitif. Mais cet amaigrissement est de mauvais aloi ! L'organisme est encore plus atteint qu'avant le traitement, et l'obésité est remplacée par le diabète, l'albuminurie, des accidents cardiaques, etc. Une mort inattendue peut venir surprendre le malade ainsi amaigri, quand il paraissait cependant taillé pour vivre longtemps.

« En écrivant ces lignes, je pense à ce chirurgien, qui avait donné son propre exemple à suivre à ceux qui voulaient maigrir et dont le traitement était basé essentiellement sur le surmenage physique.

« L'homme ne meurt pas, il se tue », a dit Flourens ! »

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses

Dr LESAGE

Médecin des Hôpitaux.

Le bromure de potassium dans l'influenza, par BALLINGALL (*Brit. med. J.*, 26 mars 1904). — On trouve peu de renseignements sur l'emploi du bromure de potassium dans l'influenza, c'est qu'on a peu souvent l'occasion de s'en servir et, du reste, considéré comme un agent dépressif, on se demande comment il pourrait trouver son indication dans une maladie essentiellement dépressive. Cependant l'auteur en fait son éloge en raison de son action sédative et même tonique dans les cas névropathiques et même hystériques, et il se demande s'il n'y a pas lieu d'utiliser cette action sédative dans les cas d'influenza où le système nerveux est dans un grand état d'irritabilité.

Il a employé en effet avec succès ce médicament lorsque le malade se plaint de maux de tête et de douleurs dans les membres ; il le prescrit à doses de 0,60 à 1 gr. toutes les trois heures et pendant la convalescence il l'associe à la teinture de noix vomique en dépit de l'incompatibilité apparente des deux médicaments.

Cependant on doit donner le bromure avec circonspection aux malades âgés ou bronchitiques et à ceux qui sont atteints de lésions valvulaires cardiaques.

L. JUMON.

Traitement de l'érysipèle (*Sovrem. Terapia*, n° 10, 1903). — Le Pr TSCHISTOVITSCH a employé chez 28 malades, parmi lesquels un grand nombre très graves, la levure de bière à la dose d'une cuillerée à soupe pour les adultes, d'une cuillerée à dessert pour les enfants trois fois par jour. Ce traitement est le seul qu'on ait employé, on s'est contenté simplement d'administrer des bains tièdes à 28° (R) et de badigeonner à l'huile d'olive les régions malades. Enfin, aux malades affaiblis on a donné de la caféine. Voici les résultats obtenus :

Pendant les deux ou trois premiers jour du traitement, la rougeur s'étendait davantage ; ensuite le premier indice d'amélioration a été l'abaissement de la température parfois rapide, critique, parfois plus lent, progressif. Le processus érysipélateux n'attaquait plus de nouvelles régions, celles qui étaient déjà atteintes pâlissaient, la tuméfaction inflammatoire disparaissait et la desquamation commençait. Dans quelques cas l'abaissement de la température précédait de beaucoup l'étendue de la rougeur érysipélateuse.

Il n'y a pas eu un seul cas de mort. L'érysipèle évolue relativement très favorablement ; on n'a presque jamais observé ces érysipèles rebelles qu'on observait auparavant. Le procédé est simple, agréable aux malades. Aucun accident d'aucune sorte n'a été noté.

J. ROUBLEFF.

Chirurgie générale

Dr BENOIT

Ancien interne des hôpitaux

Le chlorure d'éthyle comme anesthésique général, HAMILTON WITEFORD (*Bristol med. chir. J.*, mars 1904). — Le chlorure d'éthyle donne une anesthésie générale rapide, et de courte durée, très précieuse dans les petites opérations, surtout la nuit. L'auteur le préfère de beaucoup au protoxyde d'azote. Les enfants et les vieillards prennent très bien le chlorure d'éthyle, le plus jeune patient avait 14 jours, le plus âgé 73 ans.

Pour un enfant il faut verser, comme première dose dans le masque, 3 cc., pour un adulte, 5 à 7 cc.; en continuant l'anesthésie on verse 2 à 3 cc., toutes les deux ou trois minutes en laissant respirer de l'air plus ou moins fréquemment suivant la couleur de la face et l'état de la pupille, comme pour l'emploi de l'éther.

La plus longue administration du chlorure d'éthyle seul a duré 35 minutes et a coûté près de 5 francs, ce qui est trop coûteux pour une opération ordinaire. Le chlorure d'éthyle conservé dans des tubes de verre a peu de tendance à se décomposer : on en a employé sans inconvénient des échantillons datant de dix-huit mois.

Donnée à l'aide d'un masque, l'anesthésie est généralement complète au bout d'une minute. Si l'anesthésie ne survient pas après une minute et demie, c'est qu'on a laissé passer trop d'air ou qu'on a employé trop peu de chlorure d'éthyle. Les phénomènes d'excitation sont rares : au bout d'une minute et demie le patient a une respiration stertoreuse, les pupilles largement dilatées, de la perte du réflexe cornéen et du relâchement musculaire. Il survient, comme avec l'éther, un érythème surtout marqué au cou et aux épaules.

L'anesthésie par le chlorure d'éthyle est d'environ 70 secondes, par conséquent dure plus longtemps que celle du protoxyde d'azote. Le retour de la conscience est rapide et complet. La substance produit parfois une salivation abondante.

Le chlorure d'éthyle est contre-indiqué seulement dans le rétrécissement du larynx. L'auteur, sauf dans cette circonstance, a toujours donné le chlorure d'éthyle sans qu'il survînt le moindre symptôme pendant ou après l'anesthésie.

Lorsque l'anesthésie doit être prolongée, on peut continuer avec l'éther : la transition s'opère très facilement. Si le chloroforme est nécessaire, on passe du chlorure d'éthyle à l'éther, puis de l'éther au chloroforme.

Quant aux risques de l'anesthésie par le chlorure d'éthyle, ils sont faibles; Seitz a publié 12,500 cas avec un cas de mort. On connaît en tout quatre ou cinq cas de mort chez les sujets atteints d'affection cardiaque ou pulmonaire.

L. Jumon.

L'incision abdominale pour la péritonite tuberculeuse par Samuel Lloyd (*Medical Record*, 13 février 1904). — Il est des cas de péritonite qui guérissent sans opération, d'autres qui continuent à évoluer malgré l'intervention. Une des difficultés discutées par les chirurgiens est de savoir à quel moment on peut opérer. En général, l'invasion de la péritonite tuberculeuse est rapide, ou semble rapide, bien que la lésion tuberculeuse existe longtemps avant que les symptômes soient assez sérieux pour exiger l'intervention. La péritonite localisée est habituellement découverte accidentellement à l'occasion d'un examen nécessité par une autre lésion organique qu'on croit exister. On ne peut guère opérer un malade atteint d'une tuberculose pulmonaire grave ou d'une tuberculose générale. D'autre part, dans les cas de tuberculose miliaire, l'auteur croit qu'on peut retirer de grands avantages de l'incision abdominale et du lavage du péritoine avec une forte solution d'eau oxygénée. Il a rouvert l'abdomen dans deux cas où l'on avait incisé pour une péritonite tuberculeuse et il n'a absolument pas trouvé de trace de la péritonite antérieure à la seconde opération. La fistule cœcale est un résultat ordinaire de la péritonite tuberculeuse. Dans les cas de tuberculose miliaire l'opération doit être pratiquée aussitôt que le diagnostic est possible. L'attaque est soudaine, les progrès rapides et l'épanchement assez considérable pour déterminer de la dyspnée. En outre, l'amaigrissement est rapide. L'opération permet d'évacuer le liquide et il reste à laver la cavité abdominale avec une solution d'eau oxygénée. Si on laisse la plaie ouverte, on prévient ainsi la distension de l'abdomen et on procure au malade une amélioration marquée au point de vue général. Dans les cas de tuberculose chronique caséeuse ou ulcéreuse, l'indication opératoire dépendra surtout du siège de la maladie et de son extension. Dans les cas de tuberculose fibreuse chronique, l'auteur croit qu'il n'est pas utile de recourir à l'opération.

Sur 21 cas de tuberculose miliaire du péritoine, 17 ont été pratiquement guéris à la sortie de l'hôpital. L'opération de la péritonite tuberculeuse donne au malade l'occasion de relever les forces et la nutrition, ce que ne lui a jamais procuré le traitement médical.

L. Jumon.

Variations de l'ascite dans la péritonite tuberculeuse sous l'influence du régime déchloruré, par Nobécourt et Vitry (*La Pédiâtrie pratique*, 1er avril 1904). — Les auteurs ont recherché comment se comportait, sous l'influence de l'hypo et de l'hyperchloruration, le liquide de l'ascite dans la péritonite tuberculeuse, dans deux cas observés dans le service du Pr Hutinel.

Obs. I. — Enfant âgé de 10 ans, opéré en 1902, pour une péritonite tuberculeuse; à son entrée

à l'hôpital, le 24 juillet 1903, on constatait un développement marqué de l'abdomen, dû à une ascite, avec liquide libre remontant quand le malade était debout, jusqu'à 3 travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Il n'y avait pas de symtômes pulmonaires. Le 31 octobre, l'enfant pesait 24 kilog. et éliminait 13 grammes de chlorures urinaires avec une alimentation normale. On commença le lendemain un régime déchloruré composé de la façon suivante : viande crue 210 grammes; pommes de terre en purée 500 grammes, quantité qui fut réduite un peu plus tard à 400 grammes; beurre 70 grammes; thé sucré 1 litre 1/2 Ce régime fut continué du 1er au 16 novembre.

Pendant cette période de déchloruration, le dosage quotidien des chlorures urinaires montra que la quantité totale baissait de 13 grammes à 9 grammes, puis 5 grammes pendant les deux premiers jours, pour éliminer le chlorure ingéré antérieurement, puis, elle se maintint aux environs de 2 grammes pendant toute la période. Pendant tout ce temps, l'état général restait aussi bon qu'auparavant, et l'ascite diminuait; de 24 kilog., le poids tomba en 3 jours à 22 k. 200, pour se maintenir à ce chiffre pendant 8 jours et remonter légèrement jusqu'à 23 kilog. les derniers jours. Quant à la quantité d'urine, elle baissait de 1.800 grammes à 600 et 700 grammes pour se maintenir ensuite à une moyenne de 800 grammes.

Le 17 novembre, le même régime fut continué, mais on ajouta 10 grammes de chlorure de sodium en supplément, donnés en partie avec la viande, en partie en cachet. On vit dès le lendemain le poids monter : on nota une différence de 1 k. 500 en 3 jours. En même temps, le liquide ascitique augmentait.

Le 21 novembre, le régime déchloruré fut repris et on vit le poids baisser graduellement de 24 k. 200 à 23 k. 200 au bout de 4 jours, sans cependant retomber aux chiffres obtenus dans la première période. En même temps, le liquide diminuait d'une façon appréciable, et le taux des chlorures urinaires baissait graduellement. La quantité d'urine, qui avait augmenté beaucoup le premier jour de la déchloruration (2 lit. 400), se maintient aux environs de 1.200 grammes.

Le 1er décembre, on remit le malade au régime ordinaire de l'hôpital, sans doser la quantité de chlorure absorbé ; dans ces conditions, on vit le poids remonter et atteindre un chiffre supérieur au poids initial, par l'effet du repos et de la suralimentation. La quantité de chlorure éliminé remonta à 8 et 10 gr. par jour.

Le second cas concernant une enfant de 14 ans, a donné des résultats analogues.

Les variations dans l'épanchement et dans le poids des malades se sont accompagnées de modifications intéressantes dans l'élimination urinaire du NaCl et dans la quantité des urines, surtout nettes dans la première observation.

Avec le régime déchloruré, les chlorures urinaires diminuent progressivement en même temps que le poids s'abaisse, et atteignent leur minimum, alors que le poids est devenu stationnaire : les deux courbes restent alors fixes. Avec la rechloruration, le taux de NaCl reste d'abord à peu près stationnaire pendant les deux premiers jours, où le poids augmente le plus; le 3e et 4e jour, le chlorure augmente et atteint approximativement le chiffre correspondant à la quantité ingérée. La quantité d'urine diminue progressivement, au moment où commence la déchloruration, pour atteindre, au 3e jour, le chiffre auquel elle restera pendant la durée de l'épreuve. Au début de la rechloruration, elle n'augmente pas pendant les trois premiers jours; puis il se produit une diurèse assez marquée, dont le maximum coïncide avec le jour où cesse la chloruration.

Ces faits observés dans la péritonite tuberculeuse sont à rapprocher de ceux que l'on a constatés dans les ascites cirrhotiques et cardiaques ; il y a lieu de tenir compte dans les variations de l'ascite des doses de NaCl ingéré au cours des péritonites tuberculeuses, car le liquide augmente ou diminue suivant que le malade prend plus ou moins de NaCl.

Il ne s'ensuit pas qu'il faille considérer la déchloruration comme un mode de traitement de l'ascite tuberculeuse. Les conditions multiples qui entrent en jeu, la possibilité d'une action mécanique ou antitoxique favorable du liquide, le rôle que joue le chlorure de sodium dans la nutrition générale commandent d'expresses réserves à cet égard; une déchloruration faite mal à propos peut ne pas être sans danger pour les tuberculeux.

E. Vogt.

Traitement chirurgical de la paralysie faciale par l'anastomose du facial et de l'hypoglosse, par S. Taylor Pierre Clarke (*Medical Record*, 27 février 1904). — Dans ces dernières années on a beaucoup étudié la suture et l'anastomose des nerfs et on a démontré que lorsque le bout périphérique d'un nerf moteur sectionné est suturé au bout central d'un nerf moteur voisin, les muscles paralysés finissent par recouvrer leurs fonctions coordonnées. On obtient un résultat semblable par l'implantation latérale du bout périphérique du nerf dans le tronc d'un nerf moteur voisin. C'est sur ces

faits qu'est basé le traitement chirurgical de la paralysie faciale chronique.

La première méthode a consisté à pratiquer l'anastomose facio-spinale, opération relativement simple mais qui laisse une paralysie plus ou moins permanente du trapèze et du sterno-mastoïdien. On a alors choisi l'hypoglosse comme nerf purement moteur situé près du facial. L'opération est indiquée dans tous les cas de paralysie faciale due à une lésion du noyau ou du tronc nerveux à la base du cerveau, et dans les lésions du nerf succédant à une opération sur l'apophyse mastoïde. L'opération est justifiée dans la paralysie de Bell, malgré la réaction complète de dégénérescence du nerf.

L'opération implique les temps suivants : incision, isolement et section du nerf facial, isolement de l'hypoglosse, implantation, fermeture de la plaie, traitement consécutif, ce dernier consistant en massage, électricité, mouvements coordonnés apportant une rééducation des centres nerveux spinaux et cérébraux. Les meilleurs résultats ont été obtenus dans les cas où il y a eu division traumatique du nerf. La guérison est moins facile dans les cas de névrite, surtout à la suite de suppuration, comme dans la mastoïdite.

La guérison est d'autant plus lente qu'il s'est écoulé plus de temps entre l'origine de la paralysie et l'opération. Dans les cas de paralysie traumatique, on doit procéder immédiatement à l'anastomose. Dans la névrite interstitielle (paralysie de Bell), on doit attendre quelques mois, car les signes de guérison spontanée se montrent souvent. Dans les formes suppuratives, il faut intervenir sitôt que le danger d'infection est passé. Plus les signes d'atrophie sont marqués, moins la guérison est facile. Il faut donc employer le massage, l'électricité dès l'origine de la paralysie pour maintenir les muscles dans un bon état, soit que la régénération spontanée puisse survenir, soit qu'il faille recourir à l'opération. La technique est délicate, les nerfs doivent être saisis doucement, les sutures doivent êtres fines. Moins l'opération a un caractère traumatique et plus le rétablissement des fonctions nerveuses est rapide. L'asepsie est un point essentiel, car la suppuration compromettrait la réunion des nerfs. La réunion bout à bout du facial et de l'hypoglosse donne de meilleurs résultats que l'implantation latérale, mais elle a pour désagrément d'entraîner une paralysie momentanée de la langue. Les auteurs citent trois observations dans lesquelles cette opération a été exécutée avec succès opératoire, succès partiel pour l'instant et probablement complet pour l'avenir en ce qui concerne la guérison de la paralysie.

L. Jumon.

Indications opératoires dans la perforation intestinale au cours de la fièvre typhoïde, par Elsberg (*Medical Record*, 27 février 1904). — Dans la plupart des cas de perforation intestinale dans la fièvre typhoïde, le diagnostic peut être assuré au bout de quatre à douze heures après la perforation. Les malades supportent bien l'opération, si celle-ci est rapidement faite. Si le diagnostic est seulement probable, si l'état du malade va rapidement en s'aggravant, il est préférable de faire une petite incision exploratrice ; si l'on ne trouve rien, l'opération peut être complétée en dix minutes et le malade peut retourner au lit, sans que son état général ait été sérieusement aggravé par l'opération. Si les symptômes de la perforation existent depuis au moins douze heures et s'ils sont évidents, l'opération est indiquée. Si les symptômes existent depuis plus de vingt-quatre heures et si l'état général du malade est encore bon et que le diagnostic soit encore douteux, le chirurgien peut retarder de quelques heures son intervention si le malade est étroitement surveillé.

Dans dix cas sur quinze, l'abdomen contenait un liquide séro-purulent en grande quantité, mais il n'y avait pas d'adhérences entre les anses intestinales. Dans tous les cas l'opération a été faite avant que vingt-quatre heures se soient écoulées depuis l'apparition des symptômes de perforation. Dans six de ces cas l'abdomen contenait des gaz en liberté. Dans les cas terminés par la mort, celle-ci a été due le plus souvent à l'infection du péritoine consécutive à la perforation.

C'est le plus souvent tandis que la température était encore élevée que la perforation est survenue. Dans un certain nombre de cas opérés, la température a baissé subitement dans les vingt-quatre heures après l'opération, et cette chute était d'un bon pronostic. La plaie abdominale doit être drainée, car autrement elle s'infecterait facilement. La rapidité de l'opération est une condition nécessaire de réussite. L'auteur a mis une quinzaine de minutes à opérer ses cas. Le plus souvent l'anse qui fait saillie est celle qui présente une perforation. Si la perforation est séparée de la cavité abdominale par des adhérences, il vaut mieux faire un simple drainage. Les malades sont chloroformés après avoir reçu une petite dose de morphine.

L. Jumon.

Traitement de l'atrophie musculaire consécutive au rhumatisme articulaire, par Alexander Partos (*Wiener med Presse*, 6 mars 1904). — Le traitement des suites locales du rhumatisme articulaire est surtout balnéothérapique, mécaniqne, électrique et en partie médicamenteux. On pourra commencer le traitement mécanique et électrique avec prudence, lorsque la douleur, le gonflement des articulations et la fièvre ont cédé, tandis que le traitement balnéaire ne doit commencer que six à huit semaines plus tard au moins; on doit d'ailleurs combiner ces diverses méthodes. Plus on s'éloigne du stade aigu, plus les interventions thérapeutiques peuvent être actives.

Le traitement électrique consiste surtout pour l'auteur dans la faradisation, d'abord par des courants faibles, parfois avec le pinceau, pour provoquer une légère excitation de la peau et une hyperémie plus ou moins forte qui se fait sentir dans les couches profondes des muscles suivant l'intensité du courant et produisent avec les contractions une meilleure nutrition des muscles. Dans ce cas, on peut appliquer une large électrode, ce qui permet d'obtenir non seulement des résultats plus rapides, mais une action calmante remarquable. En même temps, on fait exécuter à l'articulation des mouvements passifs et actifs légers,

Le massage et la mécanothérapie sont en même temps employés. On commence par des massages légers pour agir plus fortement lorsque les phénomènes d'irritation ont cessé dans les articulations. On combine alors les mouvements actifs et passifs avec les exercices de résistance qu'on adapte à chaque cas particulier.

Le traitement balnéothérapie consiste dans l'emploi local de cataplasmes de différents produits, boues, fange, ou dans l'emploi de bains sulfureux, de bains de boue, de vapeur; souvent l'hydrothérapie froide est employée avec succès. Les bains de boue sont employés pendant plus longtemps et à de plus hautes températures.

Le but du traitement balnéaire est de provoquer une hyperémie locale, une excitation thermique, qui stimulent la nutrition, agissent par voie réflexe, et d'influencer favorablement le processus morbide par l'action même de l'eau.

Il est très important de faire faire au malade des mouvements actifs dans l'eau, ce qui augmente l'amplitude des mouvements des articulations atteintes. La douche-massage agit encore d'une façon excellente. La température de l'eau peut être portée à 40° R, de manière à produire en quelques minutes une forte hyperémie.

Pour provoquer la sueur, on prescrit des enveloppements dans des couvertures de laine après le bain; ce procédé semble faciliter la résorption des produits morbides et le retour du tonus et des fonctions articulaires.

Le traitement médicamenteux des atrophies musculaires d'origine rhumatismale consistera soit en frictions excitantes ou calmantes locales, soit dans l'emploi interne de différents médicaments. Enfin l'auteur mentionne aussi les applications récentes que l'on a faites, de l'air chaud et des bains de lumière électrique.

L. Jumon.

Traitement des fissures à l'anus (*Medic. Obosr.*, N° 18, 1903). — Parmi les nombreuses méthodes préconisées, Lonntz recommande celle de Boas qui consiste à arrêter les selles par un régime de jeûne et l'administration d'opium pendant 8 jours. Mais cette méthode est très pénible pour les malades.

Dans deux cas personnels, Lonntz a eu recours avec succès à la méthode de Kussmaul-Fleiner. On commence par administrer au malade un lavement (pour la nuit), composé d'un demi-verre d'huile de ricin à 30° (R); le matin, nouveau lavement de deux verres de tisane de camomille. Avant les lavements, ainsi qu'avant les selles, la région anale est saupoudrée à l'orthoforme. Les selles deviennent ainsi non douloureuses et la fissure se cicatrise en l'espace de quelques jours.

L'auteur propose d'expérimenter cette méthode même dans les fissures chroniques, si toutefois leurs bords ne sont pas encore indurés.

J. Roubleff.

Sarcome à cellules fusiformes favorablement influencé par les rayons de Rœntgen (*Deutsche med. Wochenschrift*, 24 mars 1904). — Mertens communique le cas d'une fillette de 11 ans, atteinte depuis neuf mois de sarcome de l'omoplate droite, atteignant le volume du poing au moment de son entrée à l'hôpital de Brême. L'aisselle et la région cervicale présentent des ganglions tuméfiés : pas de métastases dans d'autres régions. L'ablation démontra que toute l'omoplate et le muscle sous-scapulaire étaient envahis par la tumeur, qui ne put être enlevée en entier, la malade ayant présenté du collapsus. Au bout de 10 jours, récidive. Le microscope démontre qu'il s'agit d'un sarcome à petites cellules fusiformes.

Quinze jours après l'intervention, en présence de l'impossibilité d'une extirpation totale, on essaya la radiothérapie avec tube très dur : pendant 15 jours, séances quotidiennes de

6 minutes plus tard, on n'en fit que tous les 2 jours.

Dès la 6e séance, la tumeur commença à diminuer ; à la 10e, elle avait disparu : à la 14e, les ganglions axillaires et cervicaux disparaissaient à leur tour. On fit 20 séances en tout : à la fin du traitement, il ne restait plus qu'un petit ganglion tuméfié au bord postérieur du sterno-cleido-mastoïdien. Six semaines plus tard, on ne trouvait pas trace de récidive.

La particularité intéressante de cette observation réside dans le fait que les ganglions axillaires ont été influencés, bien que l'on n'ait jamais fait varier la position de l'anticatode (à 20 centim. du centre de l'omoplate). L'auteur attribue cette action intense en profondeur à l'emploi d'un tube dur. Dans un autre cas de l'auteur, (tuberculose péritonéale) 16 séances avec tube mou ne donnèrent aucun résultat, alors qu'un tube dur, employé 15 jours après la dernière séance, fit diminuer la tumeur dès la 8e séance.

Dans le cas de la malade au sarcome, la cicatrice opératoire, de linéaire qu'elle était, devint mince et bleuâtre et s'étala en surface; les rayons X exercèrent donc une action manifeste sur les cellules de néoformation du tissu cicatriciel. Si l'on se rappelle que le sarcome contient précisément des cellules jeunes, on est en droit d'admettre que les rayons X agissent d'autant mieux que les cellules sont plus jeunes, quelle que soit leur nature, conjonctive ou épithéliale.

Une récidive (28 janvier 1904), fut guérie en quelques séances.

Dans un autre cas (sarcome de l'omoplate à cellules rondes), on parvint au même résultat : mais, le traitement n'ayant pu être continué à cause d'une dermatite intense, il se produisit de nombreuses métastases (joue, fémur gauche, etc.), et la malade succomba.

E. Vogt.

Action des rayons X sur les néoplasmes, par Morelle (*Ann. de l'Institut chir. de Bruxelles*, 15 mars 1904). — A. *Ulcus rodens et épithéliomes.* Les moyens anciennement employés permettent d'obtenir des résultats plus durables. Dans les ulcus rodens et dans la plupart des épithéliomes purement cutanés, les lésions sont d'ordinaire *bien limitées*. Cette limitation permet de détruire ou d'enlever aisément toute la néoformation.

L'auteur recommande donc dans ces cas le curettage de l'ulcère en attaquant soigneusement les bords, puis la destruction complète de la peau au thermo ou au galvano-cautère en dépassant les limites apparentes des lésions ; ensuite, après la chute de l'escarre, l'application pendant 5 à 8 jours d'une pommade à l'acide pyrogallique à 10 0/0. Presque toujours la guérison est définitive.

Mais, dans l'ulcus rodens comme dans les autres épithéliomes, rien ne vaut, pour la sécurité du résultat, l'extirpation au bistouri.

En présence donc de l'incertitude d'action des rayons X dans le traitement des épithéliomes cutanés, on ne peut en recommander l'emploi que dans certains cas spéciaux : *dans les formes inopérables* ou *dans celles où les lésions sont très étendues* et où l'extirpation ne pourrait s'en faire sans grands délabrements.

B. — *Sarcomes.* — Les résultats de la radiothérapie des tumeurs sarcomateuses sont loin d'être aussi brillants que ceux annoncés dans les épithéliomes. Mais ici les procédés chirurgicaux échouent également dans la grande majorité des cas.

La conduite la plus sage paraît être d'opérer les cas de sarcome limité. Dans les autres cas, où la multiciplicité ou l'étendue des lésions empêche toute intervention, on pourrait essayer la radiothérapie, voire même combiner son action aux injections sous-cutanées d'arsenic ou de toxines d'après la méthode de Coley.

C. — *Mycosis fongoïde.* — On distingue, en général, dans cette dermatose, deux périodes : la période prémycosique (antérieure aux tumeurs) et la période de myocosis confirmé ou période de tumeurs.

Jusqu'ici, à cette seconde période, on se bornait à conseiller des soins de propreté par des pansements légèrement antiseptiques. Il y a quelques observations démontrant des effets heureux de la radiothérapie dans des cas de ce genre. Il y aurait donc lieu de recommander ce traitement.

E. Vogt.

Effets des rayons X dans le cancer du sein, par J. Bergonié. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 27 mars 1904). — L'action des rayons X sur certaines formes de tumeurs malignes est aujourd'hui certaine, mais, dit M. Bergonié, nous ne savons encore ni sur quelles formes, ni à quel moment de l'évolution de ces tumeurs l'action est la plus favorable. La technique d'autre part est mal déterminée, ce n'est donc que par des observations nombreuses qu'on peut arriver à être fixé. L'auteur apporte un cas de cancer inopérable du sein chez une femme de 59 ans, un cas de cancer ulcéré du sein chez une femme de 49 ans. Chez les deux malades, il n'y a pas eu guérison complète. Cependant les ulcérations se sont rapidement comblées et la cicatrisation s'est faite. Le paquet ganglion-

naire de l'aisselle a considérablement diminué: chez l'une, l'œdème du bras et de la main a à peu près entièrement disparu. L'amélioration restait encore acquise au bout de deux mois. L'exposition a eu lieu à des rayons très intenses, produits par un tube à anticathode refroidie : rayons X marquant 7 et 8 au radiochromomètre, distance de l'anticathode, 20 centimètres. Le nombre des séances a été de 54 cas dans le premier cas, de 18 dans le second.

L. Jumon.

Traitement de deux cas de panaris sous-unguéal sans opération par l'électricité statique, par Springer (*Ann. méd. chir. du Centre*, 6 mars 1904). — Dans un premier cas, il s'agissait d'un épanchement séreux, très légèrement opalescent, siégeant au niveau de la lunule unguéale du gros orteil gauche. Le malade ayant refusé toute incision, l'auteur eut l'idée d'essayer sur l'orteil malade l'action analgésiante de l'effluviation statique. Après dix à douze minutes de séance, une certaine rémission commence à se manifester.

Le lendemain matin le malade déclare avoir passé une excellente nuit et ne plus souffrir de son orteil. Celui-ci, du reste, ne présente plus l'aspect inflammatoire des jours précédents ; l'épanchement a diminué tout en conservant son aspect purulent, mais est un peu teinté par du sang. La pression sur l'ongle n'occasionne qu'une douleur insignifiante et, d'accord avec le patient, on se décide d'attendre les événements. Trois jours après, la douleur a complètement disparu, l'épanchement s'est résorbé presque en totalité.

Ayant eu l'occasion, quelque temps après, de voir un cas analogue, l'auteur l'a soumis, de parti pris, au même traitement, c'est-à-dire à une effluviation de quelques minutes suivie du passage de quelques étincelles. Le résultat a été le même que précédemment.

E. Vogt.

Solutions alcalines dans les plaies suppurées (*Sovremen. Terapia*, N° 9, 1903). — Tschvetaieff après avoir observé que les alcalins — bicarbonate de soude — donnent de bons résultats dans le traitement des plaies suppurées, tout en ne possédant pas de propriétés antiseptiques a eu l'idée de remplacer le bicarbonate par le benzoate de soude; en outre, il a cru bon de remplacer les pansements habituellement employés par la pulvérisation, à l'aide d'un pulvérisateur ordinaire à vapeur, dans le but de faire pénétrer plus profondément le benzoate dans la plaie (par exemple à la suite d'une herniotomie).

Le benzoate de soude est employé en solution de 1/2 0/0.

J. Roubleff.

Maladies des Voies digestives

Dr Soupault

Médecin des hôpitaux

Traitement de l'entéro-colite muco-membraneuse par H. Surmont (*L'Echo médical du Nord*, 27 mars 1904). — Se rappeler que le syndrome est le plus souvent secondaire à des troubles gastriques, hyperpepsie, troubles hépatiques, infections biliaires, neurasthénie, affections utérines, entéroptose. Eviter dans l'alimentation, l'hygiène et la thérapeutique tous les excitants, pour ne recourir qu'aux agents susceptibles de calmer l'hyperexcitabilité neuromusculaire et sécrétoire.

Traitement interparoxystique. — Interdire épices, stimulants, hors-d'œuvre, tomates, radis, sauces grasses, mayonnaises, sauces au vin, vinaigre, ragout, viandes grasses, poissons gras, gibier, fromages, légumes acides, crudités, fruits acides ou insuffisamment murs. Pas de vin pur, de bière surtout acide, de cidre, thé, café.

Permettre après les paroxysmes lait ou képhir ; si le lait est mal supporté, potages à l'eau pure, au lait coupé, bouillon de poulet, de bœuf bien dégraissé. Quelques jours après le paroxysme, potages plus nourrissants, jaune d'œuf, puis œuf entier, crèmes cuites, flans, puis progressivement pulpe de viande de bœuf crue, de mouton, de cheval, filet grillé, cervelles, ris de veau, poulet, bœuf rôti, mouton grillé, sole bouillie, barbue à la sauce blanche, pâtes alimentaires, macaroni, nouilles, purées de pois, de lentilles, salades cuites. Il n'y a pas d'intérêt à utiliser largement les légumes herbacés cuits, on peut y recourir lorsque le malade va mieux; fruits frais, compotes, fromage Gervais seulement, miel. Comme boissons, eau d'Evian, Vittel, Contrexéville, Martigny, ou bien infusion légère de tilleul, feuilles d'oranger, de malt. Eviter les boissons glacées ou très chaudes.

Au début, interdire le pain et permettre seulement quelques biscuits secs légers, échaudés, pain grillé.

Lorsque l'amélioration est survenue, le régime doit être plus large, mais la graisse devra toujours être proscrite. Le beurre frais seulement est permis sur du pain.

Séjour à la campagne ou à la mer, altitudes moyennes. Pas de stations excitantes. Eviter toute cause de fatigue.

Vêtements chauds, aération continue, éviter les lotions froides et les frictions trop violentes.

Comme hydrothérapie, bains, douches tièdes, compresses chaudes, ouataplasmes. Electrothérapie sous forme de courants faibles, chez les névropathes de préférence.

Le massage doit être sédatif, vibrations.

Lavages de l'intestin avec de l'eau tiède, en évitant les pressions trop fortes ou trop brusques, un litre et demi à deux litres, employer des canules longues. Si le spasme de l'intestin persiste, recourir aux lavements d'huile tiède, 150 à 300 grammes.

Comme agents médicamenteux, laxatifs les plus doux : magnésie calcinée, huile de ricin à dose d'une cuillerée à dessert à une cuillerée à soupe, huile d'olive ou d'amandes douces, une cuillerée à soupe en se couchant.

Comme antispasmodique, pilules de un centigramme d'extrait de belladone, jusquiame ou hyosciamine. N'employer ces préparations que pendant huit jours et les remplacer par les préparations de valériane.

Les eaux de Plombières et de Chatel-Guyon sont plus spécialement adaptées au traitement de l'affection.

La première convient aux nerveux, aux affaiblis.

Traitement des paroxysmes. — Repos complet de l'intestin, suspendre l'alimentation et la remplacer par l'ingestion d'eau pure, puis revenir à l'alimentation en commençant par le lait coupé. Applications chaudes sur le ventre, antispasmodiques, lavements d'huile. A la rigueur une injection de morphine ou d'atropo-morphine.

Contre la crise fébrile, lavages d'intestin, antipyrétiques en lavements. Balnéation tiède si la fièvre se prolonge et prend l'aspect typhoïde.

L. Jumon.

Du régime carné cru dans la diarrhée des pays chauds, par Ziegler (*Journal de méd. de Bordeaux*, 27 mars 1904). — L'auteur a eu l'occasion d'instituer le régime carné cru d'une façon exclusive chez des malades ayant de la répulsion ou de l'intolérance gastrique pour le lait. Chez la plupart des malades, l'état de l'intestin s'est rapidement amélioré; mais quelques malades ont eu au bout d'un temps variant de 5 à 14 jours, une légère poussée fébrile vespérale oscillant entre 37,8 et 38°5. La quinine n'eut pas d'action sur cette élévation.

Quelques malades avaient une légère atrophie du foie et on constatait chez tous les malades une certaine quantité d'urobiline dans l'urine. Il s'agissait probablement d'une auto-intoxication d'origine alimentaire, et le régime mixte fut substitué à la viande crue, la quinine fut supprimée.

L'auteur déduit de ses observations que toutes les fois que l'on conseillera le régime carné absolu à un diarrhéique, il sera prudent de se rendre compte de l'état du filtré hépatique, par des analyses fréquentes d'urine et par le tracé thermométrique. La corrélation entre les deux phénomènes permet de conclure à une insuffisance hépatique.

L. Jumon.

Appareil pulmonaire

Cœur et Vaisseaux

Dr G. Lyon

Ex-chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Traitement de l'insomnie cardiaque, par Léopold Feilchenfeld (*Berlin. Klin. Woch.*, 14 mars 1904). — Certaines insomnies dépendent d'après l'auteur, de l'insuffisance cardiaque au début. La forme sous laquelle se présente cette insomnie peut faire soupçonner l'existence de la cardiopathie. Après un sommeil profond de deux heures de durée, le malade se réveille longuement avec de l'oppression et des palpitations qui ne tardent pas cependant à disparaître. Toutefois le malade ne se rendort pas, si ce n'est vers le matin. Les mêmes phénomènes reparaissent toutes les nuits ou à peu près et l'insomnie persiste ainsi pendant très longtemps. Comme l'examen du cœur donne habituellement un résultat négatif, on croit à un état nerveux. Pour mettre en évidence l'insuffisance latente du cœur, l'auteur fait coucher le malade sur le côté gauche, au bout de quelque temps, la pointe du cœur se dévie à gauche, le pouls devient rapide, le malade éprouve une légère dyspnée; tous les phénomènes dépendent de l'atonie du myocarde.

Pour combattre l'insomnie, on a eu recours à des mesures hygiéniques, à l'hydrothérapie et finalement aux médicaments. L'emploi des hypnotiques offre ici de gros inconvénients. Il faut éviter la plupart des hypnotiques, au moins à hautes doses et éviter le narcotisme. Feilchenfeld assure que seules les petites doses doivent être employées.

Il faut se rappeler que les malades ne sont pas absolument agrypniques. Ils sont fatigués quand ils se mettent au lit et il suffit alors de

leur donner une petite dose d'hypnotique qui est parfaitement suffisante pour amener un sommeil complet, profond. On y arrive par de très petites doses de morphine, de codéine, de sulfonal, etc. Une plus forte dose de médicament peut cependant être indiquée, mais lorsqu'elle ne produit pas le sommeil, elle aggrave encore l'état du malade et ne contribue en rien au résultat définitif, qui est de ramener le sommeil.

Dans les cas d'insomnie cardiaque, l'auteur a obtenu de bons résultats en donnant le soir un paquet composé de 0,015 de poudre de digitale associée à 0,0025 de chlorhydrate de morphine. Lorsque l'insomnie tient à une excitation qui a son point de départ dans l'estomac et l'intestin de petites doses de sulfonal, 0,25 centigr. par exemple, données deux ou trois fois dans le courant de l'après-midi, ont une excellente action. Il faut toujours se garder des fortes doses et, en employant les petites on sera surpris du résultat favorable, surtout si on tient compte des causes d'excitation qui peuvent troubler le sommeil.

L. Jumon.

Traitement de la pneumonie lobaire par Gilman Thompson, (*Medical Record*, 12 mars 1904). — Toutes les méthodes de traitement tendent d'après l'auteur à maintenir l'état suffisant du cœur exposé constamment à l'effort. Le traitement ne peut être formulé d'une manière uniforme, il varie avec chaque cas qui offre des indications particulières. Le problème est de maintenir l'équilibre entre le cœur et les vaisseaux, entre l'intensité des bruits du cœur et la force de son impulsion, le volume et la force du pouls. C'est une erreur de stimuler un cœur qui fonctionne bien. L'auteur préfère varier pour ces raisons la nature et la quantité des médicaments cardiaques employés. On peut parfois donner des stimulants cardiaques pour prévenir la faiblesse subite du cœur, mais, sauf chez les sujets âgés et débilités, il est rare qu'on ne puisse prévoir cette éventualité. Lorsque la température dépasse 39,5 on peut faire des lotions d'eau alcoolisée froide, si elle dépasse 40,5 on doit employer l'enveloppement mouillé. L'auteur a renoncé aux médicaments dits spécifiques de la pneumonie. Il emploie l'alcool plus rarement qu'autrefois, mais il le croit indiqué chez les sujets profondément déprimés dont la langue est sèche et le pouls dicrote et faible, il ne donne jamais plus de 120 à 180 grammes d'eau-de-vie dans les vingt-quatre heures. L'alcool est réservé aux sujets âgés et alcooliques. Quant aux expectorants, il les regarde comme plutôt contre-indiqués.

Les troubles gastro-intestinaux méritent une attention spéciale tant au point de vue de leur action mécanique sur les mouvements respiratoires qu'au point de vue de l'auto-intoxication. On doit d'abord donner une dose de calomel, puis entretenir les selles par des purgatifs salins non effervescents. Le hoquet persistant est de fâcheux augure. Les cas de délire léger doivent être traités par les bromures, la codéine ou le trional, mais on doit éviter la morphine. Si le délire provient de l'hyperpyrexie il faut employer les enveloppements humides. La paraldéhyde, l'hyoscine, la morphine peuvent être essayés dans les cas de délire alcoolique. Les inhalations d'oxygène sont d'une utilité douteuse, elles ont paru parfois gêner la respiration, cependant elles soulagent souvent le malade, surtout la dyspnée. Les injections sous-cutanées salines sont d'une utilité incontestable et ont paru sauver des malades qui se trouvaient dans des cas désespérés. L'injection rectale peut également rendre des services. Les applications chaudes sur la poitrine sont préférables aux applications froides. Le traitement hygiénique doit être celui de la fièvre typhoïde. Le lait est le meilleur aliment.

Les soins de la bouche doivent être l'objet d'une attention spéciale. L'auteur recommande surtout de ne pas abuser des médicaments et de la polypharmacie, et insiste sur la nécessité de procurer le repos au malade, repos dont l'effet est souvent supérieur à toutes les médications.

L. Jumon.

Traitement de l'hémoptysie au sanatorium, par Penn Milton (*Brit. med. Journal*, 19 mars 1904). — Les hémoptysies peuvent se diviser en plusieurs classes :

Elles peuvent être précoces, survenir tout au début, sans avertissement. Le traitement dépendra ici de la quantité de sang perdue. En général ces hémoptysies ne mettent pas la vie en danger. L'auteur recommande ici l'exercice modéré, non poussé jusqu'à l'essoufflement et à la fatigue. On ne le prescrira pas s'il y a de la fièvre, le repos au lit doit alors être absolu. L'exercice est contre-indiqué si l'hémoptysie est abondante, si le malade est dans un état de nervosité difficile à calmer. L'auteur ne prescrit pas de médicament, à part une purgation saline.

Dans une deuxième catégorie, la tuberculose existe et se manifeste par des signes physiques. Il y a de la toux et de l'expectoration pendant l'hiver, de la fatigue, de la perte du poids et de l'appétit. Le traitement doit consister à reconstituer l'organisme, à suralimenter, l'exercice

doit être réglé sur la température du malade. L'hémoptysie ne réclame pas de traitement spécial ; le repos au lit est nécessaire s'il y a de la fièvre.

Dans la troisième classe d'hémoptysies, il y a des cavernes. La modalité de l'accident est très variable. L'indication serait de favoriser la formation d'un thrombus en diminuant la fréquence des battements du cœur, en mettant le plus possible les poumons au repos, en abaissant la pression sanguine. Le repos au lit doit être imposé, on peut supprimer les oreillers, on place des boules d'eau chaude sous les pieds. Le malade ne doit pas parler, ni faire aucun mouvement, un aide l'alimente jusqu'à ce que le danger soit passé. La morphine est le médicament par excellence, et peut être donné à dose de 1 à 2 centigrammes. Elle diminue l'anxiété du malade, apaise les battements du cœur, diminue l'irritabilité du centre respiratoire et soulage la toux. Pour diminuer la pression sanguine on administre un purgatif salin. Le malade peut sucer de la glace; s'il n'y a pas grande utilité à ce qu'il le fasse, il croit du moins faire quelque chose pour se soulager et cela diminue son excitation nerveuse.

L'utilité du sac de glace sur le sternum est douteuse. Le régime doit d'abord être léger, non excitant, et consiste en œufs crus, lait, etc. On ne doit pas donner d'alcool, à moins de menace de collapsus. Il est très important de revenir le plus vite possible à un régime reconstituant, surtout si la maladie affecte des allures aiguës. Si des caillots sanguins causent de l'obstruction dans les bronches, avec cyanose et dyspnée, la morphine doit être supprimée ; en général, la nature opère elle-même pour l'expulsion de ces caillots qui par leur persistance pourraient s'infecter et donner lieu à de la bronchopneumonie. Le malade doit rester au lit jusqu'à ce que l'expectoration soit dépourvue de sang pendant au moins une semaine

Une quatrième classe comprend les sujets pléthoriques à toutes les périodes. La maladie s'est arrêtée et un régime surabondant a produit la pléthore. L'hémoptysie est en général peu abondante. Le traitement consistera à abaisser la pression sanguine en administrant de larges doses de sulfate de magnésie ou un purgatif salin. L'exercice n'est pas contre indiqué, sauf en cas de fièvre. On modifiera le régime, en recommandant les légumes verts. on évitera l'alcool. Comme préventif, l'auteur attache une certaine valeur au salicylate de soude.

Le traitement doit du reste être réglé sur les indications qui se présentent chez chaque malade.

L'exposition au vent prédispose à l'hémoptysie ; un sanatorium doit donc être établi dans une contrée abritée.

L. Jumon.

Deux cas d'affections pulmonaires traitées par les émanations de nitrate de thorium par Gordon Sharp (*Brit. med. Journal*, 19 mars 1894). L'appareil employé a consisté en un flacon laveur ordinaire à un seul goulot, les tubes d'entrée et de sortie étant soudés de façon à former une seule pièce. Le tube de sortie affecte la forme d'une sorte d'entonnoir par lequel on peut faire les inhalations. Le flacon a une capacité de 500 cc. et dans cette quantité d'eau on dissout 100 grammes de nitrate de thorium. La solution effectuée, on ajoute goutte à goutte de l'ammoniaque diluée pour neutraliser l'excès d'acide nitrique du nitrate.

On arrête l'addition dès qu'apparaît le premier nuage blanc d'hydroxyde de thorium. On ajoute alors de l'eau pour remplir le flacon de manière à réduire le plus possible la quantité d'air qui reste. On attend vingt-quatre heures pour que les émanations gazeuses aient le temps de se produire, la solution est alors prête pour l'usage.

Dans le tube d'entrée on peut placer quelques morceaux de nitrate de thorium qui empêchent les émanations de se dégager lorsque l'appareil n'est pas en usage; dans ce dernier cas, on bouche les orifices des tubes avec des bouchons de verre.

La première observation concerne un homme de vingt-quatre ans atteint de rhume négligé, avec expectoration muqueuse depuis plusieurs semaines et perte de 6 à 7 livres depuis deux mois. D'après l'examen local, l'auteur diagnostique une phtisie au début, mais l'expectoration examinée ne contient pas de bacilles tuberculeux. Malgré un traitement approprié, il n'y eut pas d'amélioration au bout de six semaines, la toux et la dyspnée persistaient. L'auteur institua alors les inhalations de la solution de nitrate de thorium et au bout de quatorze jours l'amélioration permettait au malade de travailler. L'état de la poitrine est également en voie d'amélioration.

Le deuxième cas est analogue et a eu des hémoptysies deux mois auparavant. A l'auscultation, frottements pleurétiques. Etat général médiocre, amaigrissement.

Soumis aux inhalations de nitrate de thorium pendant vingt et une semaines, le malade a vu son état s'améliorer très notablement. Aussi l'auteur recommande-t-il d'essayer ce traitement.

L. Jumon.

Leçon clinique sur le traitement des épanchements séreux, par James Barr (*British med. J.* 19 mars 1904). — Dans un cas de cancer abdominal avec épanchement de sérosité sanguinolente se reproduisant rapidement, l'auteur a eu l'idée d'injecter de l'adrénaline et constata que ce liquide ne s'était pas reproduit. Il procéda de même pour un épanchement pleural de même nature chez le même malade et obtint le même succès. La quantité injectée fut de 3 grammes environ et il n'y eut pas besoin de faire une deuxième ponction.

Ce traitement fut étendu à l'ascite par cirrhose hépatique et le liquide ne se reproduisit pas aussi rapidement; il en fut de même pour des épanchements péricardiques. Pour pouvoir appliquer facilement la méthode, l'auteur a fait construire un trocart à deux tubulures, dont l'une sert à retirer le liquide, et l'autre à injecter la solution d'adrénaline.

Cependant si le liquide est purulent ou semi-purulent, l'auteur renonce à toute injection et préfère ouvrir librement la cavité et drainer. Quelques cas d'empyème ont été guéris par l'aspiration seule ou par l'aspiration et le lavage à l'eau oxygénée, mais il vaut mieux faire le drainage, car le dégagement d'oxygène dans ces cas peut donner lieu à une absorption rapide de ce gaz, qui n'est pas sans inconvénient.

L. Jumon.

Ophtalmologie.

Dr Darier

Ancien Président de la Société d'ophtalmologie

Traitement du glaucome et de ses diverses variétés, par le Dr Ch. Abadie (*La Clinique Ophtal*, fév. 1904). — La thérapeutique du glaucome est aujourd'hui dans ses grandes lignes nettement déterminée, elle est presque toujours efficace quand elle est bien appliquée. Néanmoins, nous assistons tous les jours à des désastres qui auraient été évités si, au lieu de nous lancer dans le nouveau et l'inconnu, nous appliquions des méthodes de traitement qui ont fait leurs preuves, mais qui demandent à être maniées avec discernement.

Toute médaille a son revers, tout progrès thérapeutique a le sien aussi. La découverte des propriétés anti-glaucomateuses des myotiques a été un grand bienfait, elle a permis de conserver bien longtemps la vue à des gens, qui, sans cela, seraient devenus aveugles, mais par contre (et le danger augmente de jour en jour) elle a conduit à la cécité bien des gens en les empêchant d'être iridectomisés.

L'emploi continu, indéfini, des myotiques, il faut le crier bien haut, car il y a beaucoup de sourds qui ne veulent pas l'entendre, n'est indiqué comme moyen thérapeutique utile que dans le glaucome chronique simple. — Dans toutes les autres formes de glaucome, et ce sont les plus nombreuses, ce n'est qu'un palliatif temporaire qui a l'énorme inconvénient de donner une accalmie trompeuse et d'empêcher ou de retarder l'iridectomie qui est alors le moyen curatif par excellence.

Ce qu'il ne faut cesser de dire, de répéter, c'est que les myotiques : éserine ou pilocarpine n'ont qu'une action insignifiante dans toutes les formes de glaucome qui sont justiciables de l'iridectomie — et celles-ci sont de beaucoup les plus nombreuses et les plus fréquentes.

Dans cette catégorie, nous trouvons d'abord : les glaucomes aigus, inflammatoires, avec hypertension manifeste, troubles cornéens, etc.

Mais nous pouvons y joindre toutes les autres formes, où la maladie procède par crises, par intermittences, avec périodes de rémission complète. Ces crises elles-mêmes peuvent se présenter tantôt sous forme de douleurs plus ou moins intenses, tantôt sous forme d'obnubilations passagères, ou d'arcs-en-ciel autour des flammes. Toutes ces variétés de glaucome guérissent complètement et définitivement par l'iridectomie. — Dès lors, pourquoi les traiter par les myotiques ? — Si encore ces derniers réussissaient, sinon à guérir, tout au moins à rendre extrêmement lente la marche progressive de la maladie, mais il n'en est rien. Un nombre important de malades chez lesquels le glaucome avait débuté simplement par des arcs-en-ciel, et qui ont été soignés de divers côtés, uniquement par des myotiques au lieu de l'iridectomie, ont fini par perdre la vue.

Il n'y a, en somme, qu'une variété de glaucome dans laquelle l'action des myotiques soit réellement indiquée. C'est le glaucome chronique simple *dans sa forme la plus pure*, c'est-à-dire celle dont le début est insidieux, l'évolution très lentement progressive, sans aucun phénomène objectif qui attire l'attention du malade et du médecin. Aussi bien souvent cette variété est-elle confondue avec l'atrophie progressive des nerfs optiques dont elle a toutes les allures, mais dont elle se différencie à une période assez avancée par une excavation caractéristique de la papille.

Dans le glaucome chronique simple pur, la tension intra-oculaire est à peine surélevée, et reste en général ainsi jusqu'à la fin de la maladie, jusqu'à la désorganisation lente du nerf optique, jusqu'à la cécité. Dans toutes les autres

formes de glaucome au contraire, la tension intra-oculaire est manifestement surélevée dès le début ou finit toujours par le devenir. C'est précisément ce degré plus ou moins élevé d'hypertension qui explique l'action bienfaisante des moytiques dans le glaucome chronique simple et son insuffisance dans les autres variétés.

Les myotiques ne peuvent réduire que dans une faible mesure la tension intra-oculaire et cela suffit quand elle n'est pas élevée. Alors 2 gouttes de pilocarpine instillées toutes les douze heures (car l'action hypotensive de la pilocarpine, est épuisée après 12heures) contrebalancent la légère hypertension du glaucome chronique simple et cela presque indéfiniment. L'action des myotiques en pareil cas est d'autant plus précieuse que l'iridectomie si efficace dans les autres variétés de glaucome a une action à peu près nulle dans celle-ci.

Mais cette action hypotensive des myotiques devient au contraire notoirement insuffisante quand la tension intra-oculaire est notablement surélevée.

Nous voyons donc le préjudice qu'on cause aux malades en voulant substituer à l'iridectomie l'emploi plus commode des myotiques qui ne donne qu'une réussite passagère, qu'une sécurité trompeuse. Pourquoi donc hésite-t-on à pratiquer l'iridectomie?

En résumé, à l'heure actuelle, la thérapeutique du glaucome est simple, les indications sont précises.

Dans les formes aiguës, sub-aiguës, inflammatoires, douloureuses, à tension intra-oculaire élevée, à paroxysmes ou crises quelles que soient du reste les formes de ces crises, l'iridectomie et pas les myotiques;

Dans le glaucome chronique simple les myotiques, de préférence la pilocarpine en instillations biquotidiennes; solution au centième au minimum et pas d'iridectomie.

Dans les cas où l'iridectomie ou bien l'action des myotiques est en défaut, la section du sympathique cervical.

A. Darier.

Nouvelles commuications sur mon traitement du décollement de la rétine, par Deutschmann (*Beitrage z. Augenhk*, 1904, 59). — Deutschmann insiste d'abord sur le peu d'espoir que lui donnent les injections sous-conjonctivales de chlorure de sodium ou autres substances destinées à attirer au dehors l'exsudat sous-rétinien; il s'appuie sur les données de Wessely qui attribuent aux injections sous-conjonctivales uniquement une action irritante, agissant par réflexe sur la circulation du corps ciliaire.

Pour D..., les conditions de guérison du décollement sont: disparition du liquide sous-rétinien: lui substituer un liquide prérétinien suffisant pour augmenter la pression et provoquer le recollement; quand le décollement persiste, il faut par des ponctions répétées de la rétine, détruire les brides qui la relient au corps vitré.

Pour plus de commodité, il se sert d'un couteau à deux tranchants, en baïonnette, permettant d'opérer en dedans. Les cas récents dans lesquels le décollement est limité à la portion supérieure, ne doivent pas être opérés; les cas les plus favorables sont ceux à décollement en bourse et en plis abondants; il faut, par l'incision évacuer le liquide et détendre la rétine; l'atropine instillée avant l'opération évitera les tractions dues à l'accommodation.

L'opération peut et doit être répétée plusieurs fois et il faut au malade et au médecin beaucoup de patience. D..., recommande également du repos au lit, 8 jours environ, parfois 3 ou 4, la tête un peu soulevée; mais surtout le malade ne doit ni se baisser ni faire aucun effort. Parfois aucune sortie de liquide n'accompagne l'incision.

On a reproché au procédé de l'auteur de détruire les mailles du vitré; or, il est évident que le couteau ne pénètre que dans le liquide sous-rétinien et non dans le corps vitré.

Après avoir essayé en 1895 de rétablir le tonus normal de l'œil avec du sérum physiologique, l'auteur pour obtenir un résultat durable, s'appuyant sur les données de Knapp, s'adressa à l'humeur vitrée du lapin. Après beaucoup d'essais, l'auteur est arrivé à adopter une méthode de préparation satisfaisante.

L'injection de corps vitré de lapin dans l'œil atteint de décollement de rétine s'est montrée efficace et est très bien tolérée; l'auteur fait généralement auparavant une ou plusieurs transfixions de la rétine flottante, et l'introduction de ce vitré augmente la tension et réapplique la membrane.

Il n'y a pas lieu de craindre une réaction excessive et une hypertension; parfois, au contraire, la résorption se fait trop rapidement et il faut renouveler l'injection.

L'auteur a confondu les deux temps de sa thérapeutique, discision et injection de vitré, en un seul, à l'aide du couteau-canule, qui permet en une seule manœuvre de réaliser les deux objets.

A. Darier.

Foyers de choriorétinite maculaire et injections sous-conjonctivales (présentation du malade), par Dr A. Darier, (*Société d'Ophtal. de Paris*, mars 1904). — Il s'agissait d'un grand et fort jeune homme de 23 ans qui, depuis un an, était atteint d'un trouble très marqué de la vision de son œil droit. On ne trouve chez lui aucun antécédent personnel ou héréditaire capable de jeter un peu de lumière sur l'étiologie de la grave lésion qui siège au niveau de la macu la ; on constate en effet dans la région maculaire la présence d'un foyer de choroïdite de la grandeur d'une demi papille d'un blanc nacré avec taches pigmentaires. La lésion paraît si atone qu'on pourrait croire à une altération congénitale.

La vision = 1/16 de près lecture n° 10. Après quatre injections sous-conjonctivales de de Cn Hg. à 1/5000 et quatre injections intraveineuses de 0,01 de Cn Hg., la vision s'élève en dix jours, à 1/4 et lecture du n° 4.

Après six autres injections sous-conjonctivales et douze injections intraveineuses, en un mois seulement de traitement V. = 1/2 lecture du n° 3.

Le 2e malade est un cas du même genre qui montre bien aussi l'importance considérable de la thérapeutique locale des affections choroïdiennes.

Il s'agit, d'un homme robuste, qui n'avait d'autre sujet de se plaindre de sa santé qu e des dents cariées. Jamais il n'a eu aucun accident syphilitique.

Le 10 décembre 1903 la vue de son œil droit se trouble, il se plaint de polyopie et de métamorphopsie. Un traitement par des frictions hydrargyriques institué aux Vingt-Vingts n'amène au bout d'un mois d'autre effet qu'une violente stomatite qui entraîne la perte de quatre dents.

Le 20 janvier 1904, je vois le malade pour la première fois et constate la présence dans la région maculaire d'un foyer de choroïdite fortement pigmenté, grand comme un quart de papille, et noir comme du charbon.

OD, V = 1/4 lit. n° 7.

Le 27 janvier après trois injections sous-conjonctivales de Cn Hg. 1/5000 et trois injections intraveineuses de 0,01.

OD, V. = 2/3 lit. n° 5.

Le 8 février, après deux autres injections sous-conjonctivales et cinq injections intraveineuses.

OD, V — 2/3 lit. n° 2.

Aujourd'hui, 1er mars le malade ne se plaint plus d'aucun trouble de la vue, et pourtant on peut voir sa lésion maculaire tou jours présente et juste au-dessous du bord de la *fovea centralis*.

Cette observation est intéressante par la rapidité de l'amélioration de la vision.

Un autre point intéressant, chez ce malade, c'est qu'il a été pendant son traitement frappé d'une *paralysie faciale a frigore* qui a guéri après deux applications de deux tubes de radium à 10.000 uranies. Aujourd'hui il ne reste plus trace du lagophtalmos ni de la déviation de la bouche, etc.

A. Darier.

Traitement du trachome par le massage (*Thérapeutique Moderne russe*, n° 7, 8, 1903). — Dans le trachome à toutes les périodes et sous toutes ses formes, comme du reste, d'une façon générale dans toutes les affections chroniques de la conjonctive, *Bakugloff* a obtenu d'excellents résultats de l'emploi du massage sans aucune indication thérapeutique.

Il a'est servi pour le massage d'un bâtonnet de verre de 15 à 17 centimètres de longueur, 4 à 7 millimètres d'épaisseur. La durée du traitement a varié d'une semaine à trois mois et le nombre de séances de 6 à 70 suivant les particularités des cas.

Quant aux résultats, on a pu constater dans le traitement parallèle par le massage et par les substances pharmaceutiques que le massage ne le cède en rien au traitement pharmaceutique et qu'il exerce une action très favorable sur la muqueuse oculaire malade : les sensations subjectives s'améliorent, l'hypérémie et le gonflement de la conjonctive diminuent ; l'aspect velouté devient moins net, le nombre de granulations diminuent, parfois même les granulations disparaissent totalement (plus rapidement à la paupière supérieure qu'à la paupière inférieure).

On peut avoir recours au massage également dans le trachome aigu ; pourtant il vaut mieux ne pas masser la conjonctive seule — dans ce cas on ferait mieux de pratiquer des badigeonnage au nitrate d'argent. Même dans les cas très anciens, il peut se produire une amélioration, de même que dans les cas où la cicatrisation commence, mais le massage reste sans aucune action sur les vieilles cicatrices.

Au début, l'action favorable du massage se manifeste rapidement ; plus tard elle se fait moins nette. Il vaut donc mieux de suspendre le traitement pendant un certain temps. Le massage est très bien supporté par la majorité des malades, même par les enfants ; ce n'est que dans quelques cas rares qu'il détermine une irritation. Parmi les complications, il faut signaler des ecchymoses sous-conjonctivales.

Le nombre total des cas dans lesquels l'auteur a employé le massage a été de 106. Sur ces 106 cas l'amélioration a été obtenue dans 61 et la guérison dans 39.

Il résulte de ce travail qu'il faut désormais considérer le massage comme un procédé thérapeutique très efficace et très sûr dans le traitement des affections chroniques de la conjonctive.

Ajoutons qu'un autre auteur russe, *Tichomiroff*, a également obtenu de bons résultats du massage, pour lequel il s'est servi non pas d'une tige en ébonite qui provoque une irritation, mais d'un bâtonnet en verre dont une des extrémités s'est élargie en une espèce de petite pelle.

J. Roubleff.

Maladies du Larynx du Nez et des Oreilles

Dr COURTADE

Ex-chef de clinique à la Faculté de Médecine
Ancien interne des hôpitaux.

Emploi de l'Eau gazeuse dans le traitement des angines, par Desesquelle (*Bull. des Sciences pharmacologiques*, février 1904). — L'auteur a expérimenté ce procédé dans sa clientèle, et a constaté les heureux effets de l'eau gazeuse, son action décongestionnante et calmante, due à l'acide carbonique, et la facilité avec laquelle elle déterge la muqueuse.

On peut pratiquer ces irrigations au moyen d'un siphon d'eau de seltz relié par un tube en caoutchouc à une canule de verre. On peut encore se servir d'autres appareils à eau gazeuse ou d'eau gazeuse renfermée dans une simple bouteille. Il suffirait dans ce dernier cas pour s'en servir de traverser le bouchon de liège avec un tire-bouchon siphon identique à celui dont on fait usage pour les boissons gazeuses.

On peut additionner l'eau gazeuse de certains médicaments habituellement usités dans le traitement des angines, ou préparer des paquets de poudres gazogènes composées dans la composition desquelles rentreraient ces médicaments. Exemple :

I.	Résorcine	5 gr.
	Miel rosat	100 —
	Eau gazeuse	q. s. p. 1 lit.
II.	Borate de soude	10 gr.
	Bicarbonate de soude pulvérisé	5 gr.
	(pour une dose; enveloppez dans du papier bleu).	
	Acide tartrique pulvérisé	2 gr.
	(pour une dose; enveloppez dans du papier blanc).	

E. Vogt.

Contribution à l'étude des effets produits sur l'appareil auditif par quelques médicaments (*Deutsche med. Wochenschrift*, 10 mars 1904). — Schwabach a observé un cas d'otite moyenne catarrhale aiguë provoqué par l'usage de liqueur de Fowler à l'intérieur. L'auteur estime que des cas de ce genre sont moins rares qu'on ne serait tenté de le croire, et que l'action de l'arsenic sur l'appareil auditif, n'étant pas soupçonnée, a pu fréquemment passer inaperçue. La suppression du médicament a, dans le cas cité, fait disparaître les accidents.

Dans un autre cas, l'ingestion de 2 grammes de salipyrine en deux jours provoqua une surdité considérable, avec bourdonnements intenses, qui ne guérit qu'au bout d'un mois. La malade fut traitée par l'administration d'extrait fluide de seigle ergoté (dix gouttes, trois fois par jour), dans le but de provoquer une vasoconstriction intra-auriculaire.

L'auteur a fait prendre à un malade ne supportant pas la quinine, ce médicament additionné de seigle ergoté et a obtenu une diminution des bourdonnements d'oreille : il croit toutefois que la question n'est pas résolue, car des expériences de Wittmaack semblent démontrer que, chez les animaux du moins, la quinine ne provoque aucune hyperémie auriculaire : les accidents seraient dus à des troubles ayant pour siège les ganglions nerveux.

E. Vogt.

Maladies des Voies urinaires

Dr CHEVALIER,

Chirurgien des hôpitaux,

Ancien Chef de clinique de la Faculté

Rétrécissement de l'urèthre; par Oct. Guelliot (in *Union méd. et sc. du Nord-Est*, 1904, p. 65). — Il n'y a pas de méthode qui guérisse radicalement le rétrécissement de l'urèthre.

L'auteur conseille :

1° La dilatation progressive aux gens soigneux ayant des rétrécissements récents et dilatables ;

2° L'électrolyre ou l'uréthrotomie si les rétrécissements sont moins souples, sensibles et avec réaction fébrile;

3° L'uréthrotomie interne s'ils sont durs, fibreux, multiples;

4° Enfin l'uréthrectomie.

Il conseille aux gens de la campagne de passer une bougie tous les dimanches matin.

Il conseille surtout le traitement préventif, c'est-à-dire, la cure des blennorrhagies.

E. Chevalier.

Rétrécissement de l'extrémité inferieure de l'uretère, causé par la compression d'une vésicule séminale enflammée, par Hugh Hampton Young, traduction Noguès (*in Ann. Gen. Ur.* 1904, p. 1).— L'auteur donne l'histoire d'un malade de 29 ans souffrant depuis 15 ans dans le périnée, ayant depuis 5 ans des difficultés d'uriner, ayant subi la dilatation urétrale en 1900 (octobre); abcès de la prostate (novembre); douleur dans le rein droit (décembre). Fistule périnéale. A l'examen, prostate et vésicule séminales élargies et indurées; constatation du pus sortant par l'urétère droit. Rein gauche sain.

Le 24 mars 1903 on fit la néphrectomie droite et l'ureteréctomie extrapéritonéale: l'uretère disséqué jusqu'à la vessie, montre un calibre uniforme jusqu'à 1 cent. au-dessus de la vessie: là, le calibre se rétrécit considérablement. Au-dessous se trouve une masse faisant corps avec l'uretère, s'étendant à la prostate et adhérant à la face postérieure de la vessie. Un cathéter mis dans l'uretère montre un rétrécissement juste au point où l'uretère touche la vésicule séminale, ou finit par passer jusque dans la vessie, L'uretère est séparé de la paroi vésicale, puis de la vésicule séminale par une dissection difficile: puis il fut lié.

Il s'agissait de rétrécissement de l'uretère au point de contact avec le foyer de la vésicule séminale et d'uretérite, puis pyélonéphrite ascendante.

Dans le même travail, l'auteur relate un cas de calcul engagé dans l'extrémité intravésicale de l'uretère gauche diagnostiqué par le cystoscope et extrait par le cathétérisme urétéral et le cystoscope de Casper; un cas de calcul dans la portion juxtavésicale de l'uretère droit diagnostiqué par la radiographie et le cathétérisme urétéral, enlevé par urétero-lithotomie avec suture de l'uretère (guérison), un autre cas de calcul de l'uretère droit extrait par une urétero-lithotomie extrapéritonéale à travers une incision iliaque, et accompagné d'un rétrécissement de la portion intrapariétale de l'uretère guéri par une cystotomie latérale avec urétérotomie intravésicale.

E. Chevalier.

Incontinence d'urine essentielle, traitée par l'injection rétro-rectale de sérum artificiel, par Jaboulay (*in Ann. Gen. Ur.* 1904, p. 21). — Désireux d'agir sur les fibres du plexus nerveux hypogastrique pour combattre l'incontinence d'urine essentielle, Jaboulay opère de la façon suivante:

Pas d'anesthésie; à la pointe du coccyx ou un peu à côté d'elle enfoncer presque verticalement l'aiguille d'une seringue de Roux, pendant qu'un doigt dans le rectum suit le trajet de l'aiguille pour éviter la perforation des tuniques rectales. Pousser lentement 100 grammes de sérum.

La première malade eut besoin de deux injections en deux jours, après la seconde l'incontinence cessa; six mois après le résultat était maintenu.

La deuxième malade fut continente trois jours durant après une injection de 100 grammes; puis six jours après, une deuxième injection de 100 grammes; puis trente jours après, une injection de 200 grammes, puis après une deuxième injection de 200 grammes elle est encore continente.

C'est une méthode simple, sans danger et efficace.

E. Chevalier.

Prostatectomie transvésicale par la voie sus-pubienne (opération de Freyer), par Loumeau (in *Ann. Gen. Ur.*, 1904, 126. — Un vieux prostatique de 80 ans et demi, se sondant depuis 10 ans, ayant subi trois fois la taille hypogastrique pour calculs vésicaux secondaires, ayant de nouveau une cystite calculeuse et une énorme prostate, puis une fistule vésico-hypogastrique, Loumeau fit l'opération de Freyer.

Après lavage de la vessie au cyanure de mercure à 1/1000e, à l'aide d'une sonde béquille n° 20, qu'il laisse en place, chloroformisation, mise en position de Trendelenburg, incision de la paroi antérieure de la vessie dont les deux lèvres sont suturées provisoirement à la plaie abdominale. Deux écarteurs latéraux permettent de bien étaler; enlèvement d'un calcul phosphatique en galet. La prostate hypertrophiée apparaît comme un boudin volumineux perforé à son centre d'un orifice que traverse la sonde,

Sur le lobe gauche, incision de la paroi vésicale, d'avant en arrière sur 4 cm., décollement (avec l'index introduit dans le bon espace décollable) du lobe gauche enlevé en trois fragments. La masse enlevée est du poids de 140 grammes. Suture des incisions faites sur le bas-fond vésical. Durée 15 minutes. L'opération est terminée comme pour une taille hypogastrique. Suites

d'abord simples, puis à l'occasion d'une bronchite le neuvième jour la plaie se désunit : il se fait une exstrophie traumatique de la vessie, qu'on restaure sous le chloroforme. Suites éloignées bonnes. Guérison complète de l'infirmité : le malade urine à plein canal, à l'intégrité de ses fonctions génésiques. Résultat parfait.

E. Chevalier.

Tuberculose de la vessie, par N. Hallé, et B Motz, (*In Ann. Gen. Ur.*, 1904, pages 161 et 241). — Les conclusions thérapeutiques de l'intéressant mémoire de N. Hallé et B. Motz, peuvent être formulées ainsi :

Cliniquement on peut espérer la guérison de la tuberculose vésicale, dans les périodes du début, dans les formes plus anciennes, mais limitées, et même dans des formes assez avancées.

Dans les formes du début le traitement général peut suffire, dans d'autres la cystostomie précoce avec exérèse des lésions ou curettage et cautérisation a pu être utile, mais il est souvent préférable d'agir indirectement. En effet, l'extirpation d'un rein tuberculeux, siège des lésions primitives et source de l'infection, a pu guérir les lésions vésicales.

C'est que les lésions vésicales tuberculeuses sont toujours secondaires à des lésions tuberculeuses du rein ou de l'appareil prostato-testiculaire.

Le traitement des foyers initiaux, extravésicaux, de la tuberculose urinaire sera donc le moyen d'action préventif le meilleur. Même quand la lésion vésicale est constituée, le traitement des foyers rénaux ou prostato-testiculaire sera utile.

Si ce traitement est impossible, on ne devra pas pour cela désarmer. On fera le traitement hygiénique et médicamenteux de la tuberculose ; on sera sobre de traitement local topique pour éviter les infections secondaires, on traitera la rétention et l'hémorrhagie, et aussi la douleur.

Dans les formes douloureuses et hémorrhagiques, la taille suivie de fistulisation prolongée sera utile, aidée ou non du curettage et de la cautérisation. Elle pourra dans les formes ultimes rendre des services comme traitement palliatif.

E. Chevalier.

Tuberculose urinaire cystostomie et néphrectomie, par le Dr Ed, d'Haenens (*In Annales de la Soc. de médecine d'Anvers*, 1904 p. 13,). — Un malade de trente-six ans, porteur de cystite, de pyélonéphrite double tuberculeuse, avec amaigrissement considérable, gros rein droit, vessie intolérante, est traité d'abord par la cystotomie sus-pubienne le 22 mai 1902 : au cours de celle-ci, on plaça une sonde urétérale dans l'uretère droit, et une sonde de Pezzer sortant par la fistule hypogastrique (de même que la sonde urétérale). On fit l'examen de l'urine. On peut constater que le rein droit donnait une urine très purulente, très riche en bacilles, tandis que le rein gauche (par la sonde de Pezzer), donnait une urine moins purulente, contenant aussi des bacilles.

Le 5 juin 1902, le Dr de Keersmaeker fit la néphrectomie lombaire : rein très gros, adhérent, avec gros uretère. (Rein tuberculeux avec cavernes).

Les suites opératoires furent bonnes.

Le malade quitta l'hôpital le 20 août 1902, ayant engraissé de 31 kilogrammes. Le 23 août, il reprit son métier de charretier et ne présenta rien de particulier jusqu'au 15 décembre 1903, où une poussée d'orchite gauche avec noyaux survint à la suite d'une course fatigante. Cette poussée s'améliora assez vite.

Les mictions ne sont plus douloureuses, elles sont un peu plus fréquentes que la normale : les urines sont troubles et s'éclaircissent au repos. Le malade est en état satisfaisant. Il n'a pas eu de traitement local, seulement un traitement général interne (gaïacol et phosphate tricalcique).

E. Chevalier.

Pharmacologie

Dr E. Vogt.

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

Emploi de préparations phosphoriques organiques (*Deutsche med. Zeitung*, 4 avril 1904). — Silberstein a étudié l'*hémoprotagon*, préparation contenant les éléments du sang et de la lécithine à l'état concentré. Il a reconnu que l'administration de ce produit, sous forme de tablettes, provoquait chez les neurasthéniques une augmentation de l'appétit ; l'insomnie n'est pas influencée. Les affections du système nerveux central, dues à son épuisement, les maladies s'accompagnant d'une dénutrition marquée sont justiciables de cette médication.

Les enfants prendront 1 à 2, les adultes 3 à 9 pilules par jour, pendant les repas : on peut continuer le traitement pendant plusieurs semaines, sans inconvénient.

E. Vogt.

Le fucol, succédané de l'huile de foie de morue (*Therap. Monatshefte*, mars 1904). — Lœwenheim a soumis à l'expérimentation ce produit, obtenu en traitant des algues marines; on les soumet à une haute température, puis on les réduit en poudre, on les mélange à des huiles (sésame, olives, etc.) et on presse le tout. En général on prend 10 parties d'algues pour 90 d'huile, et on obtient en fin de compte un liquide limpide, jaune clair, d'odeur agréable, de bon goût, rrappelant l'huile de table, contenant des acides gras libres en quantité notable : il résulte de cette dernière propriété que le fucol, de même que l'huile de foie de morue, est facilement émulsionné et assimilé.

Les doses à recommander sont 3 cuillerées à soupe par jour pour les adultes, 3 cuillerées à entremets pour les enfants. Le produit est toujours facilement accepté, même par les sujets qui refusent d'ingérer l'huile de foie de morue.

On peut aisément ajouter au fucol de l'iode, de l'iodure de fer, du phosphore, du gaïacol, etc.

Les indications et les résultats obtenus sont les mêmes que pour l'huile de foie de morue.

E. Vogt.

Sur les doses maxima de mercure injectables (*Journ. des maladies cut. et syphilitiques*, février 1904). — Le Pr Audry, de Toulouse, revient sur le mercuriol étudié par Laborie (*V. cette Revue*, p. 243, 1904). La préparation initiale contenant 90 0/0 de mercure doit être dédoublée : or, dans les premières expériences de l'auteur, on la dédoubla au moyen d'un *volume* égal d'huile d'amandes douces, au lieu d'un *poids* égal. En injectant une division de la seringue de Fournier-Luer, on injectait environ 0,20 gr. de Hg.

Aucun des malades traités n'a présenté d'albuminurie, de diarrhée ou de troubles nerveux, etc. En soignant la bouche (eau oxygénée, etc.), on a évité la stomatite chez 14 malades : 6 autres ont présenté des stomatites curables en un laps de temps de 4 à 8 jours.

On peut arriver à injecter en 4 à 6 semaines 0,90 gr. à 1 gr. 50 de Hg, sans accident sérieux. Ces doses dépassent de beaucoup les quantités maxima usuelles, chacune correspond, comme efficacité, à 0,05, à 0,10 gr. de calomel.

En résumé, le mercuriol constitue peut-être le meilleur mode d'administrer de hautes doses de mercure métallique en injections. Avec des soins appropriés de la bouche, on peut faire tolérer des doses de 0,25 gr., injectées tous les 6 jours, à 6 ou 7 reprises.

E. Vogt.

L'ergot de seigle dans l'alcoolisme, le morphinisme, etc., l'abus des médicaments, par T. Livingston (*Medical News*, 5 mars 1904). — L'auteur commence par supprimer au malade l'usage des narcotiques et de tous médicaments regardé comme pouvant leur être substitués. Il commence alors à prescrire l'ergot. En même temps le malade prend un purgatif mercuriel suivi au bout de quelques heures d'une purgation saline. L'alimentation ordinaire est remplacée par une alimentation liquide abondante, d'une digestion facile, qui est donnée toutes les trois heures. L'olcool est prohibé. Le malade doit aller tous les jours à la selle, plutôt deux fois qu'une. Le nombre des doses d'ergot dépend de l'état général du sujet lorsqu'on suspend le narcotique. En général deux ou trois doses suffisent par jour, une dose toutes les deux heures dans les cas extrêmes. La dose est de 2 grammes d'extrait d'ergot. Dans aucun cas le malade après les premières quarante-huit heures n'a réclamé le médicament auquel il était habitué ou son succédané.

L'auteur est opposé à la suppression lente; dans quelques cas seulement, il donne jusqu'à la suppression complète de la morphine, c'est-à-dire pendant huit jours environ, une très petite dose qu'il réduit tous les jours.

L. Jumon.

La saignée dans l'empoisonnement par l'opium, par William A. Caskie (*Brit. med. Journ.*, 19 mars 1904). — On ne fait guère mention dans les ouvrages de la saignée comme dernière ressource dans le traitement de l'empoisonnement par l'opium. Lorsque toutes les tentatives, telles que les frictions, les affusions froides, l'électricité, etc., n'ont pu faire sortir le patient de son état comateux, la saignée peut ranimer le malade en enlevant une certaine quantité du poison qui circule dans le sang et en combattant peut être la paralysie du système nerveux. Cette idée fut suggérée à l'auteur dans le cas d'une jeune dame qui avait avalé 30 grammes de laudanum et ne pouvait être réveillée par les moyens employés habituellement en pareil cas. La saignée avait été employée avec succès comme dernière ressource.

L. Jumon.

Traitement des contractures par la thiosinamine (*Deutsche med. Wochenschrift*, 24 mars 1904). — Nous attirons l'attention sur cette méthode thérapeutique, assez fréquemment usitée en Allemagne, et qui ne semble pas avoir été jusqu'ici adoptée en France.

Lengemann cite deux cas personnels de maladie de Dupuytren guéris depuis un an déjà :

il décrit un troisième cas, observé chez un employé âgé de trente-cinq ans, atteint depuis dix ans de rétraction de l'aponévrose palmaire. Le quatrième doigt faisait un angle de 70° au début du traitement : au bout de quarante-cinq injections, accompagnées de massage, bains chauds et application d'emplâtres à la thiosinamine à 20°, les doigts étaient redressés : la guérison a persisté depuis six mois.

Les injections furent faites en plein tissu cicatriciel; elles exigent une pression énergique et sont douloureuses. En injectant, avant la thiosinamine, 1/2 cc. d'une solution de cocaïne à 1 0/0, on diminue la réaction douloureuse.

Le titre de la solution de thiosinamine n'est pas indiqué dans le travail: d'autres auteurs ont adopté celle à 2 0/0.

E. Vogt.

L'air sec surchauffé en thérapeutique, par Edw. Skinner, (*Medical Record*, 12 mars 1904). — Il y a deux variétés d'applications d'air chaud suivant que celui-ci est appliqué localement ou d'une manière générale.

L'effet du traitement local est de combattre la stase circulatoire, d'accroître l'irrigation sanguine dans la partie traitée, d'accroître le processus nutritif par la stimulation réflexe des centres trophiques, de dériver les humeurs par la perspiration, d'exercer une action inhibitrice sur les microbes pathogènes qui peuvent exister.

Si l'air chaud est employé d'une façon générale on obtient une stimulation de l'énergie nutritive, et de toutes les fonctions en général, de sorte que l'urée est augmentée.

L'air chaud localement est essentiellement indiqué dans les entorses, les infections septiques locales au début et dans beaucoup de cas de rhumatisme. L'air chaud peut être appliqué sur une plus grande surface lorsque dans les infections locales il survient des symptômes toxémiques. Le même traitement est applicable à la goutte, à la prostration nerveuse, à la maladie de Bright et à l'arthrite déformante.

Pour obtenir une guérison permanente par l'air sec et chaud, il ne suffit pas d'employer une température de 100 à 130 degrés, qui est, il est vrai, suffisante pour produire des modifications circulatoires locales et accroître la perspiration, pour augmenter la résistance constitutionnelle et stimuler d'une façon durable des tissus il faut recourir à des températures de 200 à 270° C.

L. Jumon.

Le bain de siège, par Zimmern (*La Presse médicale*, 27 février 1904). — Les effets physiologiques et thérapeutiques du bain de siège sont fort différents, selon que le bain est administré froid, tiède ou chaud, bref ou prolongé. Le niveau de l'eau devra toujours affluer au nombril et arriver à mi-cuisse; le malade, pendant le bain sera tenu au chaud, enveloppé de couvertures.

1° *Bains de 8 à 18°, de 1 à 4 minutes.* — Il produit un afflux sanguin intense vers les extrémités supérieures, suivi d'une réaction vers les territoires immergés et ischémiés d'abord. Il agit surtout dans l'atonie intestinale, la constipation chronique, l'entéroptose, la dilatation gastrique, la faiblesse génitale, la spermatorrhée, etc. En gynécologie, il convient aux cas d'insuffisance ovarienne, d'aménorrhée par infantilisme, d'atonie utérine, de ptoses génitales, etc. Chez les migraineux, il procure une sédation notable, mais son indication principale est, quand on le donne avant le coucher, de combattre l'insomnie des neurasthéniques, des surmenés;

2° *Bains de siège de 15 à 20°, de 15 à 30 minutes* — Ce bain est moins bien toléré que le précédent, il peut provoquer des névralgies : il est avantageux dans les états congestifs des organes abdomino-pelviens (leucorrhée congestive, hémorragies, diarrhées chroniques, diarrhée des tuberculeux, etc.).

A 25°, ce bain prolongé jouit de propriétés analogues et conviendra, en outre, aux hémorroïdes enflammées, à l'irritabilité sexuelle, à la céphalée neurasthénique.

3° *Bains de siège de 30 à 35°, prolongé.* — Exerce une action sédative, surtout si on l'applique pendant une heure sur les douleurs purement nerveuses, névralgies, hypéresthésies, etc.

Même action dans le prurit vulvaire et anal, les cystites, les métrites subaiguës ou chroniques.

4° *Bain de siège de 36 à 40°, prolongé.* — Action résolutive sur les produits inflammatoires, les œdèmes des organes abdomino-pelviens (annexites chroniques, prostatites chroniques, vieilles entérites, etc.) C'est un excellent emménagogue. Enfin, il agit sur les spasmes, les contractures, les mouvements péristaltiques exagérés (ténesme vésical ou rectal, sphinctéralgie, coliques utérines, salpingiennes, etc.). Il est particulièrement efficace dans la dysménorrhée congestive avec mentruation insuffisante.

E. Vogt.

Etat actuel de la radiothérapie en thérapeutique, par Kenneth Wills (*Bristol med. chir. J.*, mars 1904). — Que l'on emploie la lumière du soleil, l'arc électrique, les rayons X, le radium,

ou les courants de haute fréquence, l'énergie produite diffère principalement par la pénétrabilité et la quantité de rayons ultra-violets de moindre longueur d'onde. Les effets produits par les diverses sources sont d'espèce semblable, bien qu'ils puissent être plus énergiques avec certaines formes d'appareils qu'avec d'autres.

Comme réaction, il survient un érythème qui peut être transitoire ou passer à l'état vésiculeux, à un degré plus avancé, il peut y avoir nécrose de l'épithélium.

Dans toute les formes de traitement, l'énergie nutritive des tissus est d'abord stimulée, plus tard elle est abaissée. Mais les cellules normales sont plus rapidement stimulées et moins facilement déprimées que les cellules malades.

Les maladies qui tiennent à un trouble nutritif de la peau bénéficieront de la stimulation des cellules normales.

C'est ce qui explique les résultats avantageux dans les ulcérations trophiques, variqueuses ou autres.

Dans l'eczéma rebelle ou chronique, le psoriasis et l'acné, le traitement peut donner de bons résultats.

Dans le lupus, l'ulcus rodens, l'action favorable qu'on peut attendre des radiations dépend d'un bon dosage, de telle sorte que les cellules de l'aire atteinte soient déprimées tandis que les cellules environnantes soient stimulées. Dans certaines affections, les rayons n'auront une action curative que lorsque les cheveux ou les poils seront tombés, il en est ainsi du sycosis, de la teigne tondante, de l'eczéma de la barbe.

On recherchera l'action caustique dans le cancer.

Pour l'ulcus rodens, on connaît 141 guérisons complètes sur 216 cas, ce qui donne 65 pour cent de succès, 43 cas ont été améliorés, 16 cas stationnaires et 3 cas aggravés. Dans le cancer, Morton recommande l'application des rayons aussi bien avant qu'après l'opération, et reconnaît au traitement les avantages suivants :

Réduction de volume des néoplasmes.

Disparition souvent immédiate des douleurs exacerbantes et constantes.

Provocation d'un processus de réparation.

Suppression de l'odeur lorsqu'elle existe.

Suppression des sécrétions.

Ramollissement et disparition des ganglions lymphatiques.

Suppression de l'aspect cachectique de la peau.

Amélioration de l'état général.

L. Jumon.

FORMULAIRE DE THÉRAPEUTIQUE CLINIQUE

TOUX COQUELUCHOIDES

COMBATTRE LA CAUSE

a) Coqueluche.

Faire l'antisepsie des premières voies respiratoires, portes d'entrée de l'agent infectieux, et notamment du nez.

1° Instiller matin et soir dans chaque narine quelques gouttes d' :

Huile d'olives stérilisée.	20	grammes
Menthol.....	1	—

ou :

Huile d'olives stérilisée.	20	grammes
Résorcine.....	2	—

2° Ou faire renifler matin et soir gros comme un pois de la pommade :

Vaseline.....	30	grammes
Acide borique.....	3	—
Menthol.....	0 gr. 20	

3° Ou bien insuffler à l'intérieur du nez la poudre suivante :

Benjoin pulvérisé..	ãã	5 grammes
Salicylate de bismuth.....		
Sulfate de quinine..	1	—

b) Adénopathie trachéo-bronchique. Prescrire l'*iode* sous forme de sirop iodo-tannique (0 gr. 04) par cuillerée à soupe ou de sirop de raifort iodé (0 gr. 02 par cuillerée).

L'arsenic.

En outre : chez les tuberculeux, le traitement général reconstituant ; chez les syphilitiques, le traitement mixte.

En cas de compression pneumogastrique par un anévrysme, une tumeur, le traitement sera forcément impuissant.

c) Toux post-infectieuse : grippe, etc., arsenic ; aération continue, etc.

TRAITEMENT DE LA TOUX

Belladone.

Sirop de tolu.....	150	grammes
Sirop de belladone....	50	—

Une cuillerée à café contient 1 gr. 25 de sirop.

Commencer par une cuillerée à café par jour chez les jeunes enfants.

Sirop de belladone.
— d'opium.....
— d'éther.....
— de fleurs d'oranger.... } àà 20 grammes

Une cuillerée à café toutes les quatre heures.

Antipyrine.

Sirop de belladone.. 20 grammes
Oxymel scillitique.. } àà 40 —
Sirop de gomme... }

Une cuillerée à café 5 à 6 fois par jour.

Bromoforme.

Bromoforme..... 2 grammes
Alcool..... 30 —
Sirop simple q. s. pour 100 cc.
(IV gouttes par cuillerée à café).

ou :

Eau bromoformée..... 100 grammes
Sirop de belladone.... 20 —
par cuillerée à café.

Bromures.

Bromure de potassium. 10 grammes
Sirop d'écorces d'oranges amères..... 200 —
Une à 6 cuillerées à café.

Drosera rotundifolia.

Teinture : XX gouttes, plusieurs fois par jour.
Teinture de drosera.... 15 grammes
Teinture de racines d'aconit..... 6 —
Liqueur d'Hoffmann.... 4 —
XX gouttes plusieurs fois par jour.

ou : Teinture de belladone
— de drosera..
— de grindelia.
Alcoolature de racines d'aconit.....
Elixir parégorique...
Eau de Laurier-cerise } àà 3 grammes

G. Lyon.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Monument du Pr Tarnier. — A la demande de M. Paul Escudier, le Conseil municipal vient d'autoriser l'érection d'un monument au Pr Tarnier, sur la façade de la clinique d'accouchement, avenue de l'Observatoire, en face du jardin du Luxembourg.

Cours d'Electrothérapie et radium. — Le Dr Foveau de Courmelles, licencié ès-sciences physiques et naturelles, lauréat de l'Académie de médecine, reprendra son cours d'Electrothérapie, radiographie, photothérapie et radium, à l'école pratique de la Faculté de médecine de Paris (Amphithéâtre Cruveilhier) le lundi 18 avril 1904, à 6 h. du soir, et le continuera les lundis suivants à la même heure.

Ecole pratique d'Odontologie et de Stomatologie. — Enseignement spécial de la chirurgie dentaire réservé aux docteurs en médecine. — L'enseignement est divisé en trois parties : 1° Travaux pratiques sur fantôme ; 2° Travaux pratiques de prothèse au laboratoire ; 3° Clinique de dentisterie opératoire et de prothèse. Le cours a une durée minimum de trois mois avec facilité de prolongation, à la volonté de l'élève. Les malades admis à la Clinique reçoivent gratuitement les soins et appareils, ce qui assure une application pratique très suffisante pour accomplir toutes les opérations courantes de la chirurgie dentaire. Pour tous renseignements, s'adresser au Dr Siffre, 97, boulevard Saint-Michel, de 1 à 2 h. — Paris.

VIIe Congrès international d'otologie. (Bordeaux, du 1er au 4 août 1904.) — Nous apprenons que les Compagnies des chemins de fer français viennent d'accorder une réduction de 50 0/0 sur le prix du voyage aux congressistes qui se rendront à Bordeaux au mois d'août prochain. Se faire inscrire avant le 15 mai, afin de permettre aux organisateurs de leur faire parvenir les instructions nécessaires, et pour effectuer leur voyage (billets de chemin de fer) et pour leur séjour à Bordeaux. Le montant des cotisations (25 francs pour les Docteurs en médecine et 12 francs pour les Etudiants) doit être adressé au Trésorier, Dr Lannois, rue Emile-Zola 14, à Lyon, et le titre des communications au Secrétaire général, Dr Lermoyez, rue La Boëtie, 20 bis, à Paris (VIIIe).

Congrès coloniaux français. — La XVe section d'hygiène générale et de prophylaxie inter-

nationale se réunira à Paris du 29 mai au 5 juin.

Congrès d'ophtalmologie (Paris, mai 1904). — Ce Congrès, organisé par la *Société française d'Ophtalmologie*, s'ouvrira, le lundi matin, 2 mai, à 8 h. 1/2 à Paris, à l'Hôtel des Sociétés savantes.

XIVe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française (Pau, 1er, 7 août 1904). — Ce Congrès se tiendra cette année à Pau, du 1er au 7 août, sous la présidence de M. le Pr Brissaud. Adresser les adhésions et communications à M. le Dr Girma, secrétaire général du Congrès, médecin-directeur de l'Asile public des Aliénés de Pau.

VIe Congrès international des physiologistes (Bruxelles, 1904). — Ce Congrès aura lieu à Bruxelles du 30 août au 3 septembre.

Un hôpital de varioleux est-il un danger pour le voisinage? — Un procès récent qui vient de se plaider en Angleterre a porté la question devant la justice. La ville de Nottingham était poursuivie pour avoir édifié un hôpital de varioleux à moins de cinquante pieds d'une voie publique, constituant dès lors un danger pour les passants. De nombreuses autorités médicales ont été appelées en témoignage.

Les opinions ont été un peu discordantes au sujet de la zone réellement dangereuse.

Le Dr Thresh a déclaré qu'à son avis cette zone peut s'étendre à plus d'un quart de mille, pour un hôpital de quarante malades, si la température et le vent sont favorables. Avec un vent favorable, une personne travaillant à une distance d'un demi-mille peut être infectée.

D'après le Dr Chalmers, du Conseil d'hygiène de Glascow, le danger de contagion peut s'étendre à un mille ou un mille et quart.

Même avis du Dr Priestley, du Conseil d'hygiène de Lambeth.

Le Dr Mac Veil, une des autorités britanniques les plus connues en matière de variole, a soutenu que les hôpitaux de varioleux sont très dangereux comme foyers d'infection pour la population avoisinante. Le danger dépend du nombre des cas en activité et non des convalescents.

Prenant pour exemple un hôpital de 40 lits, le Dr Mac Veil considère qu'il y a danger sérieux pour toute personne se trouvant dans un rayon d'un quart de mille, et quelque danger si la distance est plus grande.

A son avis, le danger est dû en partie à l'infection aérienne, en partie aux rapports avec le personnel.

Il ne paraît pas discutable que le transfert par l'air du contage varioleux soit possible. Mais jusqu'à quelle distance ce contage peut-il être transporté, voilà le point à préciser et qui semble réclamer de nouvelles recherches.

BIBLIOGRAPHIE

L'eau potable et les maladies infectieuses, par le Dr H. Labit. — Médecin principal de l'armée, membre de la Société de Médecine publique et de génie sanitaire. Lauréat de l'Académie de Médecine et de la Société d'anthropologie. Petit in-8o. Encyclopédie scientifique des aide-mémoire, broché : 2 fr. 50, cartonné, 3 fr. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Dans ce manuel, l'auteur s'est proposé de mettre au point la question encore actuellement controversée des maladies infectieuses dans leurs rapports avec la souillure de l'eau potable.

Depuis qu'on a acquis la certitude que les microbes considérés comme spécifiques de certaines de ces maladies sont susceptibles de se conserver et de s'accroître dans l'eau, on s'efforce de déterminer la part qui revient à ce mode de dissémination des épidémies dont l'observation journalière atteste la réalité. Lorsque naquit la doctrine hydrique, on crut qu'il allait être aisé de se rendre maître de ces épidémies. Le résultat quoique notable n'a pas entièrement répondu à cette attente.

C'est, sans doute, parce qu'on a trop perdu de vue que, pour réaliser une infection, l'association de deux facteurs est indispensable : 1o un germe virulent ; 2o un terrain qui se prête à son développement ; qu'il existe une balance entre ces deux éléments également importants, et que

si un microbe très virulent peut avoir raison d'un organisme pourvu de tous ses moyens de résistance, il ne saurait en être de même de ces espèces dégénérées, de ces formes d'involution qui tendent à se rapprocher de l'état saprophytique dans lequel tous les microorganiques sont probablement aptes à se conserver. D'où la nécessité, pour la prophylaxie, de s'occuper à la fois du terrain et de la graine.

Enfin, les expériences du laboratoire nous ont appris à tenir compte de l'influence favorisante de certaines associations microbiennes.

C'est à la lumière de ces données d'apparition relativement récente que l'auteur a envisagé le rôle de l'eau dans la transmission des maladies infectieuses. Après avoir passé en revue, sommairement, les principales sources auxquelles l'homme s'alimente, la façon dont elles peuvent être souillées et les modes selon lesquels elles introduisent les germes dans l'organisme : les lois de la conservation et de la multiplication dans l'eau, des espèces banales et des espèce pathogènes, il étudie, avec plus de détails, l'étiologie et la pathogénie des maladies infectieuses actuellement reconnues comme relevant fréquemment de l'origine hydrique et termine son Ouvrage par un exposé succinct des règles de la prophylaxie.

Influence de l'estomac sur l'état mental et les fonctions psychiques, par le Dr Pron. — Paris, 1903. 1 vol. in-18, 190 pages, 3 francs. J. Rousset, 1, rue Casimir-Delavigne et 12, rue Monsieur-le-Prince.

Dans cette deuxième édition, qui diffère notablement de la précédente, puisque des chapitres entiers ont été supprimés et remplacés par d'autres inédits, l'auteur expose tout au long, explique et discute les divers symptômes psychiques que la dyspepsie est capable de provoquer.

Après un historique complet et un remarquable chapitre sur le rôle des organes internes dans la constitution et l'évolution de la vie mentale, l'auteur dépeint successivement le caractère du dyspeptique, sa tristesse et tous les troubles qu'il éprouve dans le domaine de l'âme intellectuelle et volontaire, depuis le simple affaiblissement des facultés mentales, jusqu'au suicide, aux hallucinations et à la folie.

Ce n'est pas une sèche énumération de symptômes ; c'est un récit toujours vivant, étayé sur des observations probantes et sur une riche bibliographie et dans lequel la médecine et la psychologie sont alliées d'une façon heureuse.

Pathogénie et traitement des névroses intestinales, en particulier de la « Colite » ou entéro-névrose muco-membraneuse, par le Dr Gaston Lyon, ancien chef de clinique de la Faculté de Paris. Monographie, n° 37 de l'*Œuvre Médico-chirurgical*, 1 brochure grand in-8° (Masson et Cie, éditeurs). 1 fr. 25.

Cette monographie est spécialement consacrée à l'étude des causes de la « colite » muco-membraneuse et de son traitement. L'auteur s'est attaché à démontrer que le syndrome morbide désigné sous ce nom n'est pas à proprement parler une colite, c'est-à-dire une affection ayant pour substratum anatomique l'inflammation de la muqueuse, mais bien un mode spécial de réaction nerveuse de l'intestin, une trophonévrose dont le point de départ est une irritation du sympathique abdominal déterminée soit par une influence locale (appendicite, affections utéro-annexielles, etc.), soit par une influence générale (neurasthénie par exemple). Il met particulièrement en relief le rôle joué par l'appendicite chronique qu'il considère comme l'une des causes les plus fréquentes et les moins connues de l'entéro-névro-muco-membraneuse.

Le traitement doit s'inspirer surtout de la notion de cause d'une part et, d'autre part, de la nature nerveuse du syndrome. Il convient de faire une moins grande part aux traitements locaux qu'au traitement de la cause et à celui qui vise l'excitation du sympathique ; à cet égard, l'électrothérapie mérite une place importante dans la médication. Le plus souvent, on ne viendra pas à bout de la colite que l'on peut supprimer la cause du spasme ; celui-ci persistant tant qu'il existe un obstacle du fonctionnement de l'intestin, en vertu de cette loi générale de pathogénie que le spasme est une conséquence constante de tout rétrécissement.

Nlle Imprimerie. E. Lasnier directeur, 35 37 rue St-Lazare. Paris *Le Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL

TRAVAUX ORIGINAUX

LES INTOXICATIONS PAR LE GAZ DES BALLONS

Par M. le Dr Chevalier

Chef des Travaux pratiques de Matière Médicale à la Faculté de Médecine.

(*Travail fait à l'Etablissement central d'aérostation militaire de Chalais*).

A la suite des accidents d'intoxications survenus ces dernières années à Chalais et dans divers autres établissements d'aérostation militaire, j'ai été chargé d'étudier, au point de vue physiologique, les diverses impuretés des gaz servant à gonfler les ballons, et d'indiquer la quantité maximum qu'on pouvait tolérer pour chacun d'entre eux sans craindre d'accidents.

C'est une partie des résultats obtenus que je vais rapporter ici.

Les impuretés toxiques contenues dans le gaz hydrogène fabriqué par les méthodes ordinaires, acide sulfurique et zinc ou fer, sont : hydrogène arsénié, hydrogène antimonié, hydrogène sélénié, hydrogène sulfuré, traces de carbures d'hydrogène.

Ces divers gaz proviennent des impuretés des réactifs employés. Les impuretés provenant des métaux employés sont difficiles à éviter et, au point de vue pratique, il n'y a guère que les aciers à l'arsenic qui peuvent être dangereux, comme l'ont démontré MM. le Pr Carnot et Gontal.

L'acide sulfurique employé au contraire doit être surveillé de très près. C'est à lui en effet qu'on doit la genèse de presque toutes les intoxications dont on a pu établir la cause première.

C'est surtout l'arsenic qui est dangereux dans l'acide sulfurique. Il en contient parfois des quantités énormes. Cameron en a trouvé jusqu'à 8 grammes par kilog. ; Filhol et Lacassin, jusqu'à 12 grammes par kilog. L'acide sulfurique employé lors de l'accident du ballon *La Vienne* contenait, suivant les touries, de 3 à 6, 2 grammes par kilog.

On y a également trouvé, dans les divers acides employés, de l'antimoine à l'état d'acide antimonieux et antimonique, du sélénium, du soufre, du plomb, de l'étain, du cuivre, du cadmium.

La présence de ces divers corps dans l'acide sulfurique commercial rend assez difficile l'appréciation analytique exacte et pratique de la quantité d'arsenic et d'antimoine qu'il contient. Ces deux substances sont seules à considérer et à redouter dans ce réactif. De nos nombreuses expériences on peut cependant conclure :

La quantité maximum d'arsenic pouvant être tolérée dans l'acide sulfurique employé

à la fabrication de l'hydrogène pour les ballons est de 0 gr. 10 (dix centigrammes) par kilog. La quantité d'antimoine peut s'élever à 1 gramme maximum par kilog.

On peut, comme nous le verrons tout à l'heure, négliger complètement le sélénium, à condition de prendre certaines précautions.

Ces résultats pratiques ont été obtenus à la suite d'un grand nombre d'expériences faites sur des chiens, des lapins et des cobayes avec l'hydrogène arsénié, l'hydrogène antimonié, l'hydrogène sélénié.

Ces animaux étaient placés dans une caisse étanche pendant un temps plus ou moins long et y respiraient un mélange connu d'air et d'hydrogène arsénié par exemple. Le sang de l'animal était examiné avant et après l'expérience.

Les gaz contenus dans la caisse étaient également analysés à la sortie de l'animal.

L'hydrogène arsénié, l'hydrogène antimonié sont surtout des poisons du sang et provoquent des accidents toxiques en détruisant par leur absorption les globules rouges du sang. Pour arriver à déterminer la limite à laquelle ces gaz peuvent être considérés comme inoffensifs, on a cherché à déterminer la composition du mélange d'air et de gaz toxique qui pouvait être respiré pendant trois quarts d'heure par un animal sans qu'on puisse, à l'examen microscopique, retrouver des lésions appréciables des globules rouges du sang, et l'on en a déduit la teneur en arsenic et antimoine de l'acide sulfurique nécessaire pour la production d'un pareil mélange.

L'hydrogène antimonié n'avait pas encore été étudié. Il est du reste assez difficile à obtenir. Son pouvoir toxique est beaucoup moindre que celui de l'hydrogène arsénié. Il agit par le même mécanisme, cependant les lésions du sang sont moins importantes et les symptômes nerveux prédominent. Au point de vue des intoxications possibles, il n'est pas à redouter, sauf dans des cas spéciaux ; les acides du commerce n'en contiennent pas d'ordinaire de grandes quantités et, d'autre part, ce gaz est facilement dissocié à une température inférieure à celle qui se produit dans la fabrication industrielle de l'hydrogène pour le gonflement des ballons. Cependant il s'en forme une certaine quantité et l'on a pu retrouver de l'antimoine sur certaines enveloppes de ballon et le mélange de l'hydrogène antimonié et de l'hydrogène arsénié pourrait dans une certaine mesure, modifier la marche et le pronostic d'une intoxication.

L'hydrogène sélénié, au contraire, est un gaz très toxique, sa présence a été également constatée à l'état de sélénium sur les toiles des ballons. Sa production est presque impossible à éviter et l'on trouve du sélénium dans presque tous les acides marchands.

Dans une installation bien comprise, ce gaz ne devrait pourtant jamais arriver au ballon et un lavage bien conditionné, étant donnée sa grande solubilité dans l'eau, doit suffire à le retenir. Il exerce principalement une action irritante et désorganisante sur les tissus. Respiré en petite quantité, dilué dans l'air, il provoque de l'irritation bronchique, du coryza avec perte de la sensibibilité olfactive, de la céphalalgie et de la faiblesse musculaire.

Les reins deviennent très douloureux, les urines sont rares, albumineuses, hémoglobinuriques ; l'urée et l'acide urique s'y montrent dans des proportions exagérées, témoignant d'une désassimilation intense des albuminoïdes. Le sang dans ces cas ne présente pas de lésions importantes.

Au contraire, si la quantité d'hydrogène sélénié est plus considérable, on peut voir les animaux succomber presque subitement et présenter de profondes lésions du sang, dont le sérum est rempli de cristaux d'hémoglobine.

Symptomatologie

La symptomatologie de l'intoxication par le gaz des ballons se superpose à peu près exactement à celle que l'on observe dans les empoisonnements par l'hydrogène arsénié. Dans les traités de toxicologie cette intoxication n'est guère qu'indiquée et on ne trouve aucun détail sur ce sujet. L'étude la plus complète qui ait été faite jusqu'ici est constituée par la thèse de Luças (1895). Depuis cette époque aucun travail d'ensemble n'a été fait; nous retrouvons cependant un certain nombre de faits cliniques bien analysés et quelques observations très complètes qui sont de nature à éclairer cette question.

Malgré ces divers documents, malgré même le travail de Stadelmann qui a fait à un point de vue tout à fait particulier l'étude expérimentale de l'intoxication par l'hydrogène arsénié, cette question était à reprendre sur certains points pour élucider un peu mieux la pathogénie et l'anatomie pathologique de la question.

1° Intoxication à forme légère

Cette forme est très fréquente. Elle passe souvent inaperçue ou est attribuée à une autre cause. Elle est bien connue à Chalais et les sapeurs la désignent sous le nom de « mal des ballons ». Ils savent que leur service spécial les expose à un malaise vague, caractérisé par de la céphalalgie, de la courbature, de l'anorexie, quelques étourdissements, une fatigue excessive qui n'est pas en rapport avec le travail accompli. Rarement il survient quelques vomissements ou de la diarrhée. On n'observe aucun trouble cutané et les urines restent normales. Souvent il y a de l'anaphrodisie et de l'impuissance génitale. Ce qui achève de caractériser ces phénomènes c'est leur apparition brusque chez des hommes en bonne santé et indemnes de troubles digestifs.

Le plus souvent tout se borne à ces légers accidents et après un jour ou deux de repos le malaise disparaît complètement. Ces faits sont en rapport avec une intoxication légère qui ne donne pas lieu à des signes physiques apparents. Mais il est problable que si l'on analysait le sang de ces malades, on découvrirait déjà une modification dans la structure et le nombre des globules due à l'action du poison. Toutefois, ces légers accidents ne doivent pas être confondus avec ceux beaucoup plus accusés qui résultent du séjour dans les hautes altitudes. Les aérostats s'élèvent rarement à une hauteur suffisante pour produire l'anoxhémie; d'ailleurs le malaise en question s'observe en dehors de toute ascension.

Dans un certain nombre de cas, l'intoxication peut être plus ou moins grave suivant la quantité de gaz absorbé. Son début, son évolution, sa durée sont assez variables; elle se termine quelquefois par la mort, plus souvent par la guérison, mais laisse parfois après elle des séquelles à longue échéance. C'est là que nous pourrons le mieux analyser les symptômes principaux et y insister.

Le début peut se manifester, comme dans la forme précédente, par de la céphalalgie, des nausées, des vertiges, de l'abattement, des douleurs épigastriques et lombaires. Mais ces symptômes sont, en général, moins intenses; les frissons du début, les vomissements peuvent faire défaut; en outre, ils apparaissent d'une façon plus tardive plusieurs heures après l'inhalation.

D'autres fois, ces premières manifestations sont à peine marquées ou n'existent pas, et ce qui frappe le plus le malade, c'est que ses urines sont devenues rouges, et cela très peu de temps après l'accident. Si le médecin n'est pas prévenu, il peut être très embar-

rassé pour rattacher ce phénomène à sa véritable cause. M. le Dr Chaynaud, médecin militaire, rapporte un fait de ce genre, en 1897, dans une intoxication survenue dans un laboratoire. L'étude de l'urine que nous ferons plus loin montre que cette coloration est due à l'hémoglobinurie. Peu de temps après, en général le 2e jour de la maladie, survient un autre signe objectif très évident, l'ictère. Cet ictère est plus ou moins intense, selon la gravité de l'intoxication. Mais il se présente toujours avec un aspect clinique tout particulier, bien décrit par M. Maljean : « La peau et surtout les conjonctives n'ont pas la teinte jaunâtre des ictères biliaires. La nuance est verdâtre; elle rappelle dans une note plus foncée la coloration de certaines chloroses. Autre signe différentiel : le pouls n'est nullement ralenti ; il présente plutôt une certaine accélération, et pendant les premiers jours il reste faible et dépressible. L'état des voies digestives diffère sensiblement de celui de la jaunisse. Au début, il est vrai, on constate des nausées, de la diarrhée et, exceptionnellement, quelques vomissements; mais ces phénomènes surviennent brusquement et disparaissent en quelques jours. Ils s'éloignent beaucoup de l'état gastrique traînant qui précède et qui suit l'ictère catarrhal. Le léger enduit blanchâtre qui se localise au milieu de la langue est beaucoup moins épais que la couche saburrale jaunâtre de l'ictère. Il n'existe aucune sensibilité, ni aucune tuméfaction au niveau de la région hépatique. Parmi les signes accessoires de l'ictère, on ne retrouve ni le point cutané, ni la coloration jaune de la vision et des sueurs. »

Nous verrons que l'analyse de l'urine achèvera de différencier cet ictère, en démontrant l'absence de pigments biliaires. Quoi qu'il en soit, hémoglobinurie et ictère sont les deux signes principaux de l'empoisonnement par l'hydrogène arsénié. Ils existent dans tous les cas, car ils sont, comme nous le verrons, la conséquence inévitable des lésions anatomo-pathologiques. Nous les avons vus poussés au plus haut degré dans la forme foudroyante, où les urines, quand elles existent, sont noires comme de l'encre et la peau jaune foncée. Dans la forme subaiguë, ces deux phénomènes seront plus ou moins marqués selon la gravité de l'intoxication.

Pendant que ce syndrome s'établit, les symptômes du début s'affirment ou s'accentuent. Le malade éprouve une grande lassitude, de la courbature, de la céphalée; l'appétit est supprimé complètement. La langue est blanche. L'haleine a quelquefois une odeur alliacée. Des vomissements bilieux peuvent survenir. Les selles sont plutôt foncées, quelquefois liquides, accompagnées de coliques. L'examen des viscères montre que le cœur et l'appareil respiratoire sont indemnes. Le foie et la rate peuvent être augmentés de volume. Le pouls est régulier, mais souvent accéléré : 110-120. La température oscille entre 37°5 et 39°. Quant à l'état général, il est en rapport avec la gravité de l'empoisonnement; le plus souvent, le faciès est altéré; le malade est dans un état de prostration assez marqué. La quantité d'urine peut être normale ou le devenir. L'examen sommaire montre qu'il y a toujours de l'albumine en assez grande quantité.

La maladie va dès lors évoluer diversement. Dans les cas les plus légers, l'ictère est peu marqué; la coloration de l'urine n'est pas très intense, elle est plutôt rouge. Sa quantité reste normale, elle contient de l'albumine. C'est la forme légère à diurèse normale de Lucas. Les symptômes généraux persistent pendant quatre ou cinq jours, puis disparaissent peu à peu. L'urine redevient normale, et la convalescence arrive, mais les forces sont assez longues à revenir et le malade reste un certain temps pâle et anémié. Quand la cause n'est pas connue, ces faits peuvent être rapportés à la grippe.

Dans les cas les plus sérieux au contraire (forme anurique grave de Lucas), l'ictère est foncé. Les urines sont rares, presque noires, elles sont souvent complètement supprimées. Il y a anémie. De plus les vomissements continuent, l'adynamie est profonde,

le malade est dans une torpeur continuelle. La mort peut survenir du 5e au 20e jour. Souvent comme l'a montré Lucas, elle est précédée d'une amélioration trompeuse : « Peu à peu on voit certains symptômes s'amender; les vomissements diminuent de fréquence ou même cessent d'une manière complète. L'ictère devient moins accusé, les douleurs se calment. Seule l'anémie persiste. Ce bien-être relatif où se trouve le malade peut se prolonger, 6-8-10 et même 20 jours et alors la mort viendra subitement surprendre le patient et son entourage au milieu de la tranquillité la plus parfaite. »

Il existe enfin une forme moyenne. Dans ces cas, l'anurie n'est jamais complète. Les symptômes persistent 3 ou 4 jours, mais à partir de ce moment ils s'atténuent progressivement, et la guérison survient. La convalescence s'annonce par l'augmentation des urines et la cessation de l'hémoglobinurie. Mais le malade reste longtemps pâle et anémié, les forces sont très longues à revenir. C'est dans ces formes que l'on observe à la suite de l'albuminurie et des paralysies qui peuvent persister très longtemps et sont l'indice de lésions profondes. Il nous semble qu'il est très légitime de rattacher ces complications à l'action de l'arsenic que l'on retrouve dans les urines et qui exerce son action spéciale sur l'organisme.

2° Intoxication grave

Elle se termine souvent par la mort. Bien qu'assez rare, nous en avons malheureusement plusieurs exemples dans nos observations. L'apparition précoce des accidents, leur évolution rapide, répondent à une toxicité très grande du gaz, peut être à la présence d'hydrogène sélénié. Cependant l'hydrogène arsénié inhalé en grande quantité suffit à provoquer ces accidents.

L'histoire de cette forme clinique nous est bien représentée dans l'observation du sapeur Ehrard, de Chalais, et, dans celle du soldat allemand.

Les symptômes éclatent presque aussitôt après l'inhalation du poison. Dès les premières bouffées, le malade ressent un violent mal de tête, des vertiges, des éblouissements, un malaise pénible, un sentiment de faiblesse générale. Parfois il éprouve une oppression considérable, des sensations de picotements et d'engourdissements de la peau (obs. allemande). Jamais on n'a remarqué la perte subite de connaissance. Bientôt surviennent des frissons, tantôt violents et prolongés comme celui de la pneumonie et pendant lequel on a toutes les peines du monde à réchauffer le malade, tantôt plus légers et continus. Les extrémités sont glacées. Des vomissements ne tardent pas à se montrer, ils sont d'abord alimentaires mais deviennent bientôt bilieux. L'estomac ne tolère rien, toute tentative d'ingestion alimentaire (lait, champagne, glace), est inévitablement suivie de vomissements immédiats. On peut aussi observer des évacuations alvines plus ou moins abondantes, des selles liquides, sanglantes même, mais les matières ne sont jamais décolorées. En même temps de violentes douleurs surviennent à la région épigastrique ou même dans tout le ventre et à la région lombaire s'irradiant aux membres supérieurs et inférieurs.

Le faciès ne tarde pas à s'altérer profondément, et le malade est tantôt agité, tantôt dans un état de prostration profonde ; la respiration est toujours difficile. La bouche est sèche, la soif ardente. La peau ne remplit plus ses fonctions et la transpiration est nulle. La secrétion urinaire s'arrête, et quelquefois, dès le début, il y a anurie complète Ce n'est pas une rétention d'urine, car la sonde introduite dans la vessie ne ramène aucun liquide. Si un peu d'urine est excrétée, elle est absolument noire. L'examen

sommaire de cette urine montre qu'elle contient de grandes quantités d'albumine et d'urée; le microscope y décèle la présence de cylindres, de cellules épithéliales, et surtout une grande quantité de globules sanguins altérés, décolorés, déformés, et un certain nombre de globules sains. Il y a donc de l'hémoglobinurie et de l'hématurie.

Au bout d'un temps très variable, mais qui n'est jamais bien long dans cette forme de l'intoxication, la peau prend une coloration très spéciale. Elle devient jaune-verdâtre ou brunâtre. Dans les cas les plus rapides, elle devient même cyanotique et se couvre de pétéchies. Les sclérotiques sont jaunes, injectées. Cet ictère spécial, dont nous donnons plus loin les caractères, est surtout marqué à la face.

Le plus souvent, l'auscultation du poumon et du cœur ne révèle rien d'anormal. L'hypogastre est sensible à la pression ; le foie et la rate sont quelquefois légèrement augmentés de volume et sensibles.

La température est très variable; elle peut rester normale ou s'élever à 38° ou 39°, jamais au-dessus. Souvent il y a hypothermie.

Le pouls est fréquent, petit, misérable, mais régulier. Cet état s'aggrave très rapidement; les symptômes que nous venons de décrire s'accentuent; la dyspnée est considérable; la peau devient de plus en plus foncée, elle se cyanose par place; parfois même des hémorragies se montrent, mais toujours peu abondantes; le pouls devient imperceptible et la mort survient au milieu de vives souffrances.

Cette issue fatale se produit dans cette forme entre le 2e et le 3e jour. Lucas n'a pas trouvé de cas où la mort soit survenue avant le 5e jour. Nous voyons que le sapeur Ehrard meurt le 2e jour. Des deux soldats allemands, l'un meurt le 3e jour, l'autre le 5e. Dans les deux observations d'Oulmont, l'un des malades meurt le 4e jour.

Ces cas suffisent à justifier la forme foudroyante que nous venons de décrire.

A l'heure actuelle, les recherches de laboratoire sont le complément indispensable de tout examen clinique sérieux. Dans le cas qui nous occupe, les recherches fournissent un certain nombre d'éléments précieux sur la nature et la valeur des signes objectifs signalés dans la symptomatologie.

L'analyse complète de l'urine et du sang nous donnera des renseignements exacts sur la marche et la gravité de la maladie et de même que l'étude des lésions anatomopathologique, cet examen nous aidera à saisir le mécanisme intime de l'intoxication.

L'urine, dès que l'empoisonnement a atteint un certain degré, acquiert une coloration remarquable. Nous avons vu que cette coloration pouvait varier du rouge vin de Porto au noir de suie en passant par toutes les nuances intermédiaires, selon la gravité de l'intoxication.

Quant à sa quantité nous savons également qu'elle peut être normale. Mais le plus souvent elle est diminuée et dans les cas les plus graves devient même insignifiante. Sa réaction est en général acide.

Lorsqu'on pratique l'examen chimique, on constate toujours une forte quantité d'albumine, une augmentation considérable de l'urée, de l'azote total et de l'acide urique. Les sels minéraux sont également en plus grande proportion qu'à l'état normal. Ces faits sont l'indice d'une désassimilation considérable. De plus, on retrouve une certaine quantité de fer provenant de l'hémoglobine altérée.

Assez souvent on a rencontré de l'arsenic.

On peut déceler tantôt des acides biliaires, tantôt des pigments biliaires. Quelquefois ces diverses substances peuvent manquer. Mais il y a presque toujours de l'urobiline. Si l'on fait l'examen spectroscopique, on voit le plus souvent le spectre de l'hémoglobine réduite, d'autres fois le spectre de l'hématine. Cet examen doit être pratiqué sur

de l'urine très fraîche car comme l'a démontré Jean Camus, l'action prolongée de l'urine sur l'hémoglobine modifie les caractères de cette dernière. Les raies spectroscopiques disparaissent, la teinte de l'urine est modifiée et l'hémoglobinurie peut être méconnue si la recherche du fer n'a pas été faite dans les urines.

Au microscope l'examen du dépôt montre toujours une certaine quantité de fibrine, des cellules épithéliales du rein et du bassinet isolées, ou en lambeau, et présentant le plus souvent la dégénérescence granuleuse. On observe également la présence de cylindres hyalins d'origine rénale. Dans un certain nombre de cas mais non dans tous, on trouve quelques globules sanguins, libres, quelquefois intacts et seulement légèrement décolorés, le plus souvent déformés. On a également signalé dans l'urine la présence de leucocytes polynucléaires. Mais ce que l'on trouve toujours, ce sont des granulations irrégulières, amorphes quelquefois mais rarement cristallines, constituées par une matière colorante ocreuse et formant, soit de petits agglomérats, soit des inclusions dans les cylindres fibrineux.

En résumé : les urines présentent presque toujours les caractères des urines hémoglobinuriques avec hématurie et néphrite interstitielle.

Les variations des éléments qu'on retrouve dans cette urine permettent jusqu'à un certain point de suivre l'évolution de la maladie et montrent que la glande hépatique est plus ou moins touchée dans son fonctionnement intime. Cela permet de tirer un élément de pronostic, au point de vue de l'évolution de la maladie.

L'examen du sang confirme ce que nous ont déjà prouvé les expériences physiologiques. Il montre très nettement l'action spéciale de l'hydrogène arsénié sur les hématies.

Le sang présente une coloration rouge noirâtre, très foncée, ne ressemblant nullement à la coloration rougeâtre que l'on observe dans la méthémoglobinurie pure. Il se coagule mal, le caillot se sépare difficilement du sérum. Ce dernier présente une coloration rouge foncé tout à fait nette. La recherche des pigments biliaires dans le sérum est négative quand on la fait tout à fait au début de l'intoxication et dans les cas légers. Mais elle devient toujours positive dès que la maladie atteint une certaine intensité.

Lorsqu'on examine le sang à la chambre humide, on voit que les globules sanguins sont déformés plus ou moins, selon la gravité de l'intoxication. Quelquefois ils sont groupés par îlot comme dans les anémies intenses. Sur les préparations de sang sec que nous avons faites, nous avons trouvé un grand nombre de globules framboisés, crénelés, présentant une coloration anormale, des portions d'hématies fragmentées et sombres. Les globules blancs sont assez abondants et ne présentent pas de particularités notables.

La numération des globules montre une diminution très considérables du nombre des globules rouges qui peut tomber à 200.000, et moins par millimètre cube, dans les cas graves et quelques jours après le début.

L'intensité de ces déformations globulaires et le nombre des globules atteints, sont en relation intime avec la gravité de l'intoxication.

L'examen spectroscopique du sang en nature ou du sérum séparé des éléments figurés présente une large bande obscure qui, comme l'avait très bien vu Rabuteau, est représentée par les bandes d'absorption normales de l'hémoglobine et par l'espace intermédiaire qui est plus ou moins foncé, ce sang peut donc renfermer de la méthémoglobine, de l'oxyhémoglobine et de l'hématine. Etant donnée la superposition des spectres de ces différentes substances, il est fort difficile de faire la part qui revient à chacune d'elle. Il nous a cependant semblé que dans certains cas, surtout dans les

intoxications suraiguës, le spectre d'absorption était beaucoup plus étendu, surtout en avant de la raie D, ce qui tendrait peut-être à justifier la production sinon durable, du moins temporaire d'une hémoglobine arséniée : Rabuteau a signalé ce fait et rapproche le spectre obtenu dans ces circonstances de celui qu'il obtient à la suite d'intoxications par l'hydrogène sélénié. Il a également montré que si cette substance se produit, elle est assez instable. Si, en effet, on fait passer *in vitro* un courant d'hydrogène arsénié dans le sang pendant un certain temps, on voit d'abord nettement le spectre indiqué ci-dessus, puis les raies d'absorption disparaissent, les couleurs deviennent absolument ternes, et, en même temps, le sang prend une coloration vert jaunâtre qui le fait ressembler à l'urine, et ceci se produit lorsque tous les globules rouges ont été détruits par l'hydrogène arsénié.

Quoi qu'il en soit l'analyse du sang nous montre : la destruction des globules rouges en plus ou moins grande quantité, la dissociation et la transformation de l'hémoglobine qui se diffuse dans le sérum où elle ne tarde pas à se modifier encore.

Anatomie pathologique.

A l'autopsie, on constate une coloration variable de la peau qui est tantôt café au lait foncé, tantôt de couleur rouge plus ou moins sombre, pouvant aller jusqu'au rouge brique foncé, on a pu constater dans divers cas des taches cyanotiques disséminées irrégulièrement, les conjonctives sont injectées et présentent toujours une coloration plus ou moins ictérique.

Les muscles, à la coupe, sont rouge foncé ou, au contraire, rouge saumon.

Les poumons sont toujours congestionnés avec des suffusions sanguines. Ils sont gorgés de sang, et à la coupe paraissent d'une teinte beaucoup plus sombre, en raison de la coloration particulière du sang dont ils sont remplis.

A l'ouverture du péricarde, il s'écoule toujours une certaine quantité de liquide sanguinolent. Les cavités cardiaques ne présentent rien de particulier. D'ordinaire, le cœur est en diastole et contient des caillots.

L'estomac, l'intestin grêle, le grand épiploon présentent une coloration presque uniformément rouge, quelquefois même bleuâtre, dans un certain nombre de cas, on a trouvé un peu de liquide sanguinolent dans le péritoine.

Sur toutes les muqueuses, on trouve disséminées des suffusions sanguines et des ecchymoses beaucoup plus abondantes sur le jejunum et dans la région de la valvule cœcale.

Le foie, de volume variable d'ordinaire, est jaune, quelquefois de couleur bleuâtre, toujours fortement congestionné, la vésicule biliaire est pleine, distendue par une bile presque noirâtre est assez épaisse.

La rate est fortement congestionnée et se fragmente facilement.

Les reins sont fermes, augmentés de volume, de coloration bleu violacé très foncé. Les vaisseaux se distinguent très nettement à la surface. A la coupe, ils sont presque noirs, la substance corticale ne se distingue pas de la substance médullaire et présente la même coloration. On dirait qu'ils sont bourrés par une gelée très foncée ; cette coloration ne disparaît pas au lavage.

La vessie est congestionnée. Elle contient d'ordinaire une petite quantité de liquide fortement coloré.

Le cerveau, la moelle et les méninges sont toujours congestionnés.

L'examen microscopique du rein, du foie et de la rate montrent des lésions variables suivant que l'intoxication a été suraiguë ou subaiguë.

Dans les intoxications suraigues, le rein, à un faible grossissement, montre aussi bien dans la substance corticale que dans la substance médullaire, les tubes obstrués en divers points par une substance brun jaunâtre, réfringente, granuleuse. Les tubes contournés sont très dilatés, les anses de Henle sont, en partie, remplies par ces corpuscules brunâtres et par des hématies plus ou moins déformées. Les capillaires sont gorgés de sang, les glomérules de Malpighi ne paraissent pas très modifiés.

A un plus fort grossissement, on constate que dans la substance corticale, les épithéliums des tubuli contorti sont gonflés, troubles et en partie desquamés, les granulations pigmentaires brunes forment des blocs irréguliers qui masquent les noyaux. Une certaine quantité de cellules sont détruites, le noyau est refoulé à la périphérie ou a disparu. Les cellules sous-jacentes sont infiltrées de pigments et des masses plus ou moins compactes se montrent en divers endroits, occupant tout ou partie du tube. Les vaisseaux du rein sont tous dilatés et bourrés de globules rouges. Le glomérule est trouble, il est parfois bourré de masses pigmentaires. En résumé, on voit qu'il s'agit d'un processus d'irritation intense provoqué par l'élimination de l'hémoglobine et des produits de destruction de l'hémoglobine qui ont dissocié et détruit en partie l'épithélium sécréteur et les tubuli du rein, laissant alors passer en bloc les matières colorantes et les globules sanguins plus ou moins déformés.

Dans les intoxications subaiguës, ces phénomènes s'observent de la même façon à l'intensité près, et dans ces conditions les préparations microscopiques montrent les épithéliums presque totalement arrachés, granuleux, étouffés pour ainsi dire par l'amas des granulations pigmentaires.

Le foie ne présente pas de lésions bien importantes, les cellules hépatiques sont d'ordinaire intactes, mais cependant, on peut quelquefois voir le protoplasme légèrement granuleux. Les vaisseaux sanguins sont gorgés de sang et de pigments. Étant donnée la rapidité de ces intoxications, même dans les cas où la mort a été tardive, on ne retrouve que très peu de dégénérescence graisseuse, et en aucun cas, on n'a pu constater comme on pourrait le supposer de localisations de pigments dans la cellule hépatique ou dans les espaces inter-cellulaires.

La rate est en général trop altérée au moment de l'autopsie pour permettre un examen histologique.

Essai de physiologie pathologique.

Après avoir étudié les modifications si remarquables de l'urine et du sang, les altérations si profondes des tissus, causées par ce terrible poison, il nous reste maintenant la tâche difficile de les interpréter, et d'exposer le mécanisme intime de cette intoxication.

Absorbé par la voie pulmonaire, l'hydrogène arsénié est un poison du sang. Dès qu'il arrive au contact du globule sanguin, celui-ci est immédiatement touché. Il semble que l'hémoglobine présente une affinité toute particulière pour l'hydrogène arsénié analogue à celle qu'elle présente pour l'oxyde de carbone. Mais il existe une différence capitale entre l'action de ces deux gaz.

L'oxyde de carbone se fixe sur les globules sanguins. Il forme avec l'hémoglobine une combinaison qui la rend impropre à l'hématose, mais le globule sanguin n'est pas altéré dans sa forme et dans sa structure. De plus cette combinaison d'hémoglobine et

du poison est relativement instable. Au bout d'un certain temps, sous l'influence de l'oxygène sous pression, l'hématie peut reprendre ses propriétés fonctionnelles.

Avec l'hydrogène arsénié, au contraire, le globule sanguin ne peut jamais revenir à l'état normal. En effet, dès que le poison touche l'hémoglobine, il forme bien avec lui une combinaison impropre à l'hématose, mais il passe rapidement à l'état d'acide arsénieux. Il se produit alors une réduction intense, l'hémoglobine est transformée partiellement en méthémoglobine séparée du stroma du globule et elle se diffuse dans le sérum. D'autre part, le stroma est déformé, fragmenté et constitue un corps étranger d'aucune utilité qui devra être expulsé ou détruit.

Dès lors, l'organisme est sous le coup de la destruction globulaire d'une part, et de l'action toxique de l'acide arsénieux qui agit pour son propre compte, d'autre part.

Que va-t-il se passer maintenant? Si la destruction globulaire a été peu considérable, l'hémoglobine contenue dans le sérum sanguin en petite quantité sera bientôt transformée en totalité par le foie en pigments biliaires et excrétée avec la bile, à condition toutefois que la glande hépatique soit normale. Les débris globulaires seront repris par la rate, la moelle des os.

Si au contraire la destruction globulaire a été plus grande, l'hémoglobine arrivera en quantité exagérée au foie qui ne tardera pas à devenir insuffisant pour transformer cet excès de pigments, d'autant plus que cette glande va bientôt subir l'action de l'acide arsénieux. La cellule hépatique adultérée, insuffisante, fabriquera alors des pigments anormaux, elle sécrétera une bile épaissie chargée de matières colorantes, qui stagnera dans les canalicules, et sera résorbée par le foie. A l'hémoglobinurie primitive s'ajoutera de la cholémie.

En outre, l'hémoglobine en circulation dans le sérum ne tarde pas à se transformer en ses différents éléments, elle se décompose en albumine, en hématine et ses dérivés encore mal connus, dont le pigment ocre.

Toutes ces différentes substances arrivent au niveau du rein avec les débris d'hématies et seront éliminés par l'urine. C'est ainsi que s'explique l'hémoglobinurie qu'on observe presque toujours dans l'intoxication par l'hydrogène arsénié. Il faut nécessairement que la quantité d'hémoglobine en liberté soit assez considérable pour passer dans les urines. On a cherché à évaluer cette quantité d'après le nombre de globules détruits. Ponfick l'avait évaluée à 1/60 de la masse totale du sang. Récemment Camus par de nouvelles expériences a montré que l'élimination de l'hémoglobine mise en liberté se faisait par le rein quand la destruction rapide des globules rouges correspond à 1/57 de la masse totale du sang, soit, pour un homme de 65 kilogrammes, une destruction de 85 cc. de sang, c'est-à-dire une dose qui ne détermine pas d'anémie. Le passage est dû, comme l'a démontré Camus, au travail des cellules des tubes du rein sous la dépendance de la tension osmotique.

Aussi trouve-t-on à l'examen histologique, les cellules épithéliales du rein bourrées de granulations qui donnent la réaction du fer provenant de l'hémoglobine.

L'élimination de l'hémoglobine et de ses dérivés, l'accumulation des débris d'hématies ne se font pas en effet sans dommage pour le rein, l'hémoglobine va s'accumuler à l'état de coagulum dans les canalicules de la substance médullaire, les débris globulaires vont bourrer les tubes collecteurs. Ces canaux finiront par être obstrués plus ou moins complètement et ne pourront plus laisser passer les liquides, il y aura anurie.

Ces différents processus, auxquels se joindra l'action nocive de l'acide arsénieux finiront par enflammer les cellules épithéliales, les dissocier, les mortifier et le filtre rénal ne pourra plus alors remplir ses fonctions. A supposer qu'il ne soit pas complètement

obstrué, il sera pour ainsi dire crevé et laissera passer tous les éléments du sérum. A côté de l'albuminurie qui accompagne toujours les hémoglobinuries, il y a ici une néphrite véritable comme cela arrive généralement quand sont éliminées par les urines des substances irritantes et toxiques.

Comment concevoir maintenant le mécanisme de l'ictère qui survient dans l'intoxication par l'hydrogène arsénié?

Voici l'opinion des différents auteurs au sujet de l'ictère dans l'intoxication par l'hydrogène arsénié.

Stadelmann s'est servi de ce poison pour élucider la question des ictères hémaphéiques et il avait conclu de ses expériences que cet ictère était non pas hémaphéique, mais bien biliphéique ou plutôt *pléiochromique*, c'est-à-dire dû à l'épaississement de la bile.

Lucas, dans sa thèse, se rallie à cette opinion de Stadelmann. Tout en restant convaincu que l'hémoglobinhémie est la cause primitive de l'ictère, il croit que le foie joue un rôle important dans son affection.

M. Maljean en fait un ictère hémaphéique, et attribue la coloration des téguments à l'hémoglobine. Il prétend que l'intervention du foie et de la bile n'est pas nécessaire pour expliquer l'ictère et il compare cet ictère à ce qui se passe sous la peau à la suite d'un traumatisme, l'ecchymose n'est due qu'à la présence de l'hémoglobine sous la peau. Il compare encore cet ictère à l'ictère traumatique de Poncet, à l'ictère des nouveau-nés.

M. Belin admet, comme Stadelmann, un ictère biliphéique. » Le foie est impuissant à transformer en pigments biliaires une si grande masse d'hémoglobine, il sécrète une bile trop épaisse, qui encombre les canalicules biliaires et se résorbe dans le sang en produisant l'ictère. Il estime que de nouvelles expériences sont nécessaires pour trancher cette question.

Il nous semble que tous ces auteurs n'ont tenu compte que d'une chose: la destruction globulaire et la mise en liberté de l'hémoglobine dans le sérum en quantité exagérée.

Or, dans l'intoxication par l'hydrogène arsénié, le poison agit bien de cette façon, mais il fait en outre subir une modification à cette hémoglobine; il la transforme partiellement en méthémoglobine. De plus, l'hydrogène arsénié se fixe sur les globules sanguins où il se décompose en acide arsénieux, qui est par là même, transporté dans toutes les parties de l'organisme. On le retrouve en effet dans tous les viscères, par l'appareil de Marsch. Or, l'arsenic n'est pas sans exercer une action très nocive sur tous les tissus, sur le foie et sur le rein en particulier, comme nous l'a montré l'anatomie pathologique.

La conséquence de ce mode d'action variée de l'hydrogène arsénié, est que la pathogénie de l'ictère qu'il détermine, doit être très complexe. Nous savons que l'action de l'hydrogène arsénié sur les globules sanguins est très rapide. L'hémoglobine et la méthémoglobine se diffusent presque immédiatement dans le sérum, où on peut les déceler, dès le début de l'intoxication, par le spectroscope.

Si l'on admet que l'hémoglobine diffusée dans le sérum, même en grande quantité, n'a pas un pouvoir tinctorial suffisant pour colorer les tissus, il n'en est pas de même de la méthémoglobine, qui est beaucoup plus tinctoriale.

M. le professeur Hayem admet que lorsque l'hémoglobinhémie est accentuée, elle produit une variété particulière d'ictère, l'ictère sanguin ou hémoglobique. Il a publié une observation de ce genre en 1891.

A côté de ces faits, dit-il, viennent se ranger les cas d'empoisonnement par les matières qui attaquent les globules rouges; comme presque toutes ces substances transforment en

même temps l'hémoglobine en méthémoglobine, l'ictère sanguin est alors plus foncé, la méthémoglobine étant plus tinctoriale que l'hémoglobine, la teinte des téguments est jaune brun chocolat. C'est un ictère méthémoglobique. Cet ictère survient très vite dans l'intoxication par l'hydrogène arsénié. Il apparaît à peine quelques heures après le début de l'intoxication. A ce moment, la bile n'a pas encore eu le temps de s'épaissir, par suite de l'excès de pigments qui lui sont apportés par l'hémoglobine, la cellule hépatique n'a pas eu le temps d'être adultérée par la substance toxique, et de fournir un pigment modifié : et de fait, si l'on pratique l'analyse de l'urine au début de l'ictère, on ne trouve ni pigments biliaires, ni urobiline, et cependant, il y a ictère, qui n'a pas, en effet, les caractères classiques des autres ictères. C'est un ictère méthémoglobique. Mais bientôt, à cet ictère méthémoglobique primitif, vient se superposer un ictère secondaire. Le mécanisme de cet ictère secondaire est expliqué par M. Hayem, dans une leçon sur la méthémoglobinémie.

Tandis que le rein extrait l'hémoglobine et la méthémoglobine en les faisant se précipiter dans les tubes, sous forme de pigment ocre, le foie en fait du pigment biliaire, surtout lorsque l'organe est intact ou à peu près. C'est alors que la bile, fortement épaissie, donne lieu à un ictère polycholique comme l'avait vu Stadelmann, mais cet ictère ne survient qu'après l'ictère méthémoglobique, et c'est seulement à ce moment qu'on doit trouver des pigments biliaires dans l'urine.

Enfin, l'arsenic vient compliquer la scène par son action sur la cellule hépatique, qui adultérée, fournit du pigment modifié par son action, et sur le rein qui ne peut plus éliminer la méthémoglobine. Ce mécanisme expliquerait la coloration spéciale de l'ictère dont nous nous occupons, et pourquoi dans certains cas on trouve des pigments dans l'urine, alors qu'on n'en trouve pas dans d'autres.

Dans les cas où l'empoisonnement a été léger, il y a ictère sans hémoglobinurie. Il y a eu assez d'hémoglobine et de méthémoglobine diffusées dans le sérum pour amener une coloration des tissus, sans que la bile soit modifiée ; l'ictère est alors simplement méthémoglobique sans que le foie intervienne le moins du monde.

Si, au contraire, l'empoisonnement a été grave, la destruction globulaire intense, l'ictère méthémoglobique est de suite marqué par l'ictère pléiochromique et par l'ictère résultant des pigments modifiés de la cellule hépatique.

En résumé, il nous semble qu'on ne peut dire actuellement que l'ictère de l'intoxication par l'hydrogène arsenié, soit un ictère biliphéique ou hépatogène ou un ictère hémaphéique ou hématogène.

C'est un ictère complexe, dont l'origine primordiale est la destruction du globule sanguin : l'hématolyse.

Il est primitivement hémoglobique ou méthémoglobique, mais presque toujours secondairement un ictère à pigments modifiés, et un ictère biliphéique.

On ne peut le faire rentrer comme la plupart des ictères toxiques dans la classification générale des ictères actuellement admise.

Quant aux rapports qui existent entre l'hémoglobinurie et l'ictère, nous voyons que ces deux phénomènes sont absolument connexes, et qu'ils sont sous la dépendance d'une même cause commune, l'hématolyse.

Ils sont proportionnels au degré de cette hématolyse. L'ictère peut survenir dès qu'il y a une certaine quantité d'hémoglobine ou de méthémoglobine diffusée dans le sérum.

Pour que l'hémoglobinurie se montre, il faut déja une assez forte proportion de globules détruits, et l'hémoglobinurie indique toujours un empoisonnement grave.

Nous arrivons donc aux mêmes résultats que Lesné et Ravaut, lorsqu'ils ont étudié les rapports qui existent entre l'hémoglobinurie, la cholurie et l'urobilinurie secondaires, à l'hématolyse expérimentale.

« L'injection intra-veineuse d'eau distillée, l'injection dans le péritoine du lapin, de sang défibriné du même animal, ou même l'injection de sérum hémolytique préparé, déterminent suivant la dose employée : à faible dose de l'urobilinurie seule, à dose plus élevée de l'urobilinurie, de la cholurie (la cholurie disparaissait la première), à dose plus forte encore, de l'hémoglobinurie suivie d'un stade de cholurie et d'urobilinurie. »

Traitement.

En dehors des précautions prophylactiques nécessaires pour éviter les accidents, que doit-on faire en présence d'un empoisonnement par l'hydrogène impur ?

Connaissant le mode d'action si rapide de ce redoutable poison, nous avons malheureusement peu de moyens pour paralyser son action. Il n'existe pas de contre-poison. On a cru devoir administrer le peroxyde de fer hydraté, qui est l'antidote de l'acide arsénieux. Mais cette substance ne peut se combiner avec l'acide arsénieux que dans l'estomac, et étant donné le mode de pénétration de l'hydrogène arsénié dans l'organisme, cette médication est absolument illusoire.

Il en est de même de l'absorption de vapeurs de chlore, qui a été conseillée par Maljean. On sait que l'hydrogène arsénié est immédiatement décomposé au contact du chlore. Mais comme nous l'avons déjà dit, l'action du poison sur le globule est trop rapide pour que le chlore ait le temps d'agir, et il est inutile d'ajouter à l'action toxique de l'hydrogène arsénié, celle tout au moins irritante des vapeurs de chlore.

La thérapeutique devra donc être purement symptomatique. Dans les cas d'asphyxie menaçante, les indications d'urgence sont : les inhalations d'oxygène qui doivent être faites avec une certaine modération, afin de ne pas fatiguer les globules encore sains, la respiration artificielle ; les tractions rythmées de la langue ne devront pas être négligées. Il est aussi indiqué de pratiquer une saignée aussitôt suivie d'une injection sous-cutanée de sérum artificiel.

Les vomissements du début seront calmés par les moyens ordinaires, la glace, l'opium. On devra réchauffer le malade autant que possible.

Dans les intoxications moins graves, Lucas conseille la diète lactée, les diurétiques végétaux ou minéraux ordinaires, et en particulier la boisson conseillée par Orfila, dans l'empoisonnement par l'acide arsénieux, boisson composée de 5 ou 6 litres d'eau, d'un flacon d'eau de seltz, d'un litre de vin blanc et de 50 gr. de nitrate de potasse, le tout mélangé.

Les accidents de néphrite seront combattus par le régime lacté exclusif, qui devra être prolongé jusqu'à la disparition de l'albumine.

Plus tard il faudra traiter l'anémie du malade et la déglobulisation. Le repos, les toniques, une nourriture substantielle, une large aération, sont les principales indications. Il importe en outre d'administrer les ferrugineux, afin d'activer la régénération des globules rouges.

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THERAPEUTIQUE

Séance du 27 avril 1904

Présidence de M. Mathieu

M. Dubois présente une note concernant *un cas de mort à la suite d'une injection d'extrait de capsule surrénale*. Il s'agit d'une malade de 41 ans atteinte de maladie d'Addison avec état d'asthénie très marqué, sans affection cardiaque, présentant de la tachycardie paroxystique, et qui fut soignée sans succès pour des troubles stomacaux jusqu'au moment où l'orateur l'observa pour la première fois. Elle offrait à ce moment des symptômes indubitables de maladie d'Addison, et les bons résultats obtenus par divers auteurs, avec l'opothérapie, incitèrent l'orateur à faire des injections hypodermiques de 0,02 gr. d'extrait glycériné de capsules surrénales. Pendant cinq jours, on fit tous les jours une injection : les règles étant survenues, on arrêta la médication, qui avait été fort bien supportée. Un peu avant la fin des règles, on fit une 6e injection sous la peau de la cuisse gauche. Instantanément, la malade se souleva, ont un vomissement de matières glaireuses et tomba morte. Cet événement fut si rapide, que l'orateur n'avait pas eu le temps de remettre la seringue dans son étui. Les tentatives de rappel à la vie restèrent infructueuses.

L'orateur fait ressortir que ce cas est déconcertant, car la dose injectée était minime, et les cas de mort publiés jusqu'ici concernent l'adrénaline et n'ont pas présenté une telle soudaineté. Il est en tous cas probable qu'il ne s'agit pas de l'introduction de l'extrait dans une veine, car dans ce cas l'agonie eût duré plus longtemps, mais plutôt d'une syncope mortelle due à l'extrême faiblesse de la malade.

M. Dalché a l'impression qu'il s'agit ici d'une simple coïncidence. L'extrait glycériné, en tout cas, introduit dans une veine, eût provoqué la formation d'un caillot, avec embolie consécutive ; or, dans ce cas, il n'y aurait pas eu mort subite.

M. Gallois rappelle que la mort subite est fréquente chez les Addisoniens. Il en cite un exemple observé sur un malade de son service, qui mourut brusquement pendant la visite.

M. Dubois est tenté d'admettre que dans son cas, il y a eu, sous l'influence de l'adrénaline contenue dans l'extrait de capsule surrénale, une vaso-constriction intense qui provoqua l'arrêt du cœur en systole.

M. Bardet estime que la quantité d'adrénaline que peut contenir une dose de 0 gr. 02. L'extrait de capsule surrénale ne saurait provoquer la mort, quel que soit son mode d'administration.

Les extraits de capsules surrénales variant considérablement au point de vue de la teneur en adrénaline, il est difficile de fixer la dose limite qu'on ne doit pas dépasser : en tous cas, elle ne saurait être contenue dans une dose de 0 gr. 02 d'extrait.

M. Bouloumié revient sur le *régime des hépatiques*. Il estime que la teneur en urée des urines de ces malades, est un critérium plus certain de l'état de leur foie que M. Robin ne l'admet. Si l'on a le loisir de faire des analyses quotidiennes, on s'aperçoit que cette teneur est soumise à des variations explicables seulement par un trouble de fonctionnement hépatique. Ce trouble n'est du reste pas soumis à des règles fixes : il peut se produire après le repas de midi chez un malade, après celui du soir chez un autre. Il est donc impossible de donner des règles générales

sur le régime des hépatiques, il faut varier les prescriptions alimentaires selon chaque cas particulier.

On sait combien est difficile l'interprétation scientifique de l'action d'un médicament donné. Combien plus difficile encore est celle d'un aliment ! Il semble pourtant que pour certains de ces derniers, on soit arrivé empiriquement à des données assez précises.

Au point de vue du régime lacté, l'orateur a tendance à accepter les idées de M. Robin. Chez beaucoup d'hépatiques, le lait n'exerce aucune action favorable, et est souvent avantageusement remplacé par un régime végétarien.

L'action de l'eau sur la sécrétion biliaire est très nette. L'orateur a pu s'en assurer chez des malades opérés de lithiase biliaire et ayant conservé une fistule. En pesant tous les jours le coton imbibé de bile qui obturait leur fistule, il a pu voir qu'à la suite des l'ingestion d'eau, la quantité de bile imbibant le coton augmentait dans de notables proportions.

Chez les hépatiques, il y a augmentation des fermentations intestinales, des fermentations acides surtout, il faut donc éviter dans le régime tous les acides et les aliments qui en produisent. Les viandes faisandées, qui théoriquement sont nuisibles, le sont aussi dans la pratique, et dans ce sens la sévérité du régime recommandé en France est justifiée.

Il ne faut pas croire que l'hygiène alimentaire des hépatiques soit une question de mode : cette hygiène est rationnelle.

Les graisses sont nuisibles : si les malades s'étonnent qu'on les proscrive, alors qu'on leur ordonne de prendre de l'huile, il faut leur expliquer que cette huile agit d'une façon spécifique sur leur mal, et non comme aliment. Du reste, il faut distinguer entre les corps gras ; alors que le beurre est bien supporté, la friture ne l'est pas, par exemple.

L'orateur exige que les viandes soient fraîches et très cuites : il défend le poisson, qui, sans être gâté, peut déjà être en voie de décomposition.

Les mollusques et crustacés, la charcuterie (jambon excepté) seront défendus. Les légumes, au contraire, à condition de n'être pas sautés au beurre, seront recommandés. Les féculents et le sucre seront permis en quantités modérées. Les fruits très mûrs et cuits, seront permis. Le vin sera toléré en très petite quantité : la bière sera permise, car elle est, en général, fort bien supportée par ces malades.

L'orateur a peine à admettre que la lithiase biliaire soit toujours due à un état infectieux : une prédisposition est nécessaire, car, dans les hôpitaux militaires, où sont soignés de nombreux malades ayant souffert d'infections hépatiques dans les colonies, on n'observe jamais de lithiase biliaire. Il en était de même jadis, quand le service militaire durait 7 ans.

M. Robin est heureux de voir l'orateur combattre le régime lacté, qui constitue, en France, une prescription banale appliquée à tous les hépatiques indistinctement : cette idée est ancrée dans l'esprit des médecins et il faut insister sur son exagération.

Le régime, dans les cas d'ictère simple, est pour l'auteur, le suivant : Dès le premier jour, on donne des nouilles, des macaronis, des pommes de terre en robe de chambre, du beurre frais, des lentilles, des haricots cuits à l'eau, du poisson frais bouilli, toutes les viandes, sauf le veau, rôties ou grillées, des crèmes renversées. Comme boisson, de l'eau minérale (Martigny, Vittel, etc., etc.) de l'eau chaude sous forme d'infusion aromatique. Le lait, en revanche, est défendu d'une façon absolue.

Avec ce régime, qui convient aussi aux malades après une crise de coliques hépatiques, ainsi qu'aux cirrhotiques au début, on guérit l'ictère en 8 à 10 jours.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Chirurgie générale

Dr BENOIT

Ancien interne des hôpitaux

Blessures du crâne et de l'encéphale par coup de feu, par M. H. NIMIER *Paris, Alcan*, 1904. — A signaler ce volume qui contient l'étude documentée et mise à jour de nos connaissances sur les désordres produits dans le cerveau par les projectiles d'armes diverses. Ce travail paraît surtout utile, en ce qu'il instruit les chirurgiens de détails anatomiques et physiologiques en partie effacés de leur mémoire. Ces données leur permettent donc d'utiliser avec plus de précision les éléments de diagnostic précieux que nous possédons aujourd'hui.

De nombreuses expériences nous montrent le trajet habituel suivi par les projectiles, ainsi que par leur fragmentation dans l'intérieur du crâne. Des observations nombreuses et d'un intérêt rétrospectif curieux, car elles sont parfois puisées à des sources déjà anciennes, viennent à l'appui du texte. Les dernières acquisitions des neurologistes, qui toutes résultent de constatations cliniques mieux interprétées, viennent aujourd'hui apporter une certaine précision au diagnostic chirurgical.

Le chapitre du traitement contient l'étude des moyens de recherche des projectiles, en particulier le procédé de Contremoulins, qui a déjà rendu des services en pratique. Après une revue complète de la topographie crânio-cérébrale, possédant en outre la symptomatologie détaillée fournie par ses observations et les procédés d'exploration dont nous disposons aujourd'hui, M. Nimier estime que le praticien sera mieux en mesure de se décider pour ou contre une intervention chirurgicale dans les plaies par coup de feu.

A. BENOIT

Complications nerveuses tardives des fractures du coude, par M. LAMBRET (*Echo Médical du Nord*, 20 mars 1904). — M. LAMBRET fournit une observation de ces complications nerveuses apparaissant de longs mois après les fractures du coude, et qu'il ne faut pas confondre avec les complications immédiates ou secondaires qui surviennent de quelques jours à quelques semaines après le traumatisme. Le médian, le radial et le cubital sont les nerfs intéressés. Dans la présente observation, ce n'est pas moins de 4 ans après une fracture de l'olécrane méconnue qu'apparurent des troubles trophiques graves. Il y eut de l'amaigrissement à l'éminence hypothénar, avec une esquisse de griffe cubitale et du fourmillement dans la zone du cubital. En outre, retard dans la perception de la piqûre, refroidissement. En opérant, le chirurgien trouva le nerf cubital hypertrophié et rougeâtre, enserré dans une gangue fibreuse dont il fallut le libérer. L'extirpation sous-périostée du fragment olécranien termina l'opération. Le résultat immédiat fut très bon et l'électricité et le massage ne tarderont pas à amener la disparition de tous les symptômes.

Dans les cas plus anciens (vingt années et plus), avant d'intervenir, il sera sage de ne pas négliger l'exploration électrique; la recherche de la réaction de dégénérescence est en effet le meilleur élément de pronostic.

A. BENOIT.

Le procédé de De Masetig-Moorhof pour combler les cavités des os, par le Dr F. MESA MALES (*Gaceta Medica de Granada*, n° 22, 1903. — Après qu'on a extirpé les parties malades en cas de carie, de nécrose et d'ostéo-myélite chronique, il faut songer à combler les vides résultant de l'opération, pour pouvoir obtenir la guérison dans le plus bref délai possible, et ce qui est encore plus important, pour éviter

la réinfection osseuse si fréquente avec les moyens dont nous disposons.

Les substances qu'on a employées dans ce but sont de deux sortes : inorganiques et organiques. Les unes et les autres sont complètement inefficaces; elles sont pour ce fait tombées dans l'oubli.

D'après le Dr Silbermarck, la méthode de de Mosetig est venue résoudre le problème. L'auteur n'a pas cependant une grande confiance dans ce procédé, car les difficultés que doit vaincre le chirurgien sont presque insurmontables.

Il faut d'abord extirper toutes les parties malades et à moins de sectionner les parties saines, on risque toujours de laisser en place quelque foyer douteux. Une autre difficulté non moins grande est l'hémorragie consécutive à l'intervention. L'auteur de la méthode tourne la difficulté en projetant de l'air chaud sur la surface osseuse saignante; il assure que si l'on verse la pâte à l'état liquide, les vaisseaux osseux s'obturent. L'auteur dit que malgré l'eschare formée par le thermo-cautère, il a vu souvent l'hémorragie se produire.

La technique à employer est connue de tous. Il ne reste qu'a examiner radiographiquement l'os pour contrôler la substitution lente et graduelle de la pâte par de l'os de nouvelle formation. Cette pâte exerce en outre une action antituberculeuse et stimule la croissance des os.

La composition de la pâte est la suivante :

Iodoforme.....	60	grammes
Huile de sésame...	40	—
Blanc de baleine...	40	—

Un bain-marie à 60° est suffisant pour faire fondre la pâte, qui doit être absolument aseptique.

F. Bérjni.

Traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen, par Harris (*Annals of surgery*, mars 1904). — L'auteur pense que les seize observations de plaies pénétrantes de l'abdomen qu'il apporte peuvent contribuer à la solution des diverses opinions qui partagent les chirurgiens au sujet du traitement de ces lésions. Au lieu de la mortalité ordinaire de 60 à 70 0/0 qui suit les opérations de ce genre, l'auteur a obtenu 90 0/0 de guérison. Dans son opinion, la raison de ces succès se trouve dans la promptitude à intervenir et dans le drainage, lorsque l'estomac ou l'intestin ont été ouverts. En discutant les indications de l'intervention opératoire, l'auteur établit que, à l'exception de l'hématurie qui indique quelque lésion des voies urinaires et l'hémathémèse une lésion de l'estomac, il n'existe aucun symptôme ou groupe de symptômes indiquant une plaie pénétrante des viscères abdominaux. A part les symptômes de shock général, tous les symptômes déterminés par ces plaies indiquent soit une hémorragie interne, soit une péritonite. L'indication est d'opérer le plus tôt possible, afin de prévenir le développement de la péritonite. Il ne faut pas perdre du temps en essayant de démontrer la présence ou l'absence d'une perforation intestinale par l'insufflation de gaz dans le rectum, ou l'analyse des gaz ou des liquides retirés de l'abdomen. Il est essentiel de pratiquer systématiquement l'examen de tout le canal gastro-intestinal dans tous les cas, sans tenir compte du point d'entrée du corps étranger. Quel que soit le siège de la perforation, il faudra toujours placer un drain soit à travers la plaie, soit à travers une contre-incision.

L. Jumon.

Interventions sur le sympathique pelvien, par MM. Potel et Viannay (*Gazette des hôpitaux*, 26 mars 1904). — Les auteurs relatent le travail de la clinique du Pr Jaboulay. Nous ne ferons qu'effleurer cet important sujet, encore à l'étude.

On sait que le sympathique pelvien est : 1° le nerf des viscères pelviens; 2° le nerf des artères et des nerfs du membre inférieur.

On pourra donc rapporter à son altération : *a*) les troubles nerveux des viscères pelviens; *b*) les troubles nerveux du membre inférieur. Dans tous ces cas, c'est dans l'*espace rétro-rectal* que l'on cherchera à agir: car c'est un véritable carrefour dans lequel passent et s'anastomosent : 1° les nerfs sensitifs et moteurs des viscères pelviens; 2° la plus grande partie des nerfs rachidiens et sympathiques qui vont aux membres inférieurs.

On s'est adressé pour cela aux *injections d'air*, pas toujours inoffensives et aux *injections de sérum*, méthode de choix. Exceptionnellement, on fera le *décollement du rectum*. Destruction et élongation des filets sympathiques, tel est le but de ces trois méthodes.

Dans la *névralgie pelvienne*, le vaginisme a été ou supprimé ou amélioré. Les troubles de cystite, avec mictions fréquentes ont cédé à des injections de sérum. Dans les *névralgies du membre inférieur*, la *sciatique* notamment, le décollement du rectum a donné les plus remarquables guérisons durables.

Troubles trophiques des membres inférieurs. — On peut essayer de ce moyen dans les troubles névritiques suite de fractures, lorsque

pourtant on n'a pas affaire à des lésions définitives. Des maux perforants plantaires ayant été améliorés par la dénudation de l'artère fémorale, on a songé à attribuer ce résultat à la destruction des filets sympathiques. Des injections rétro-rectales ont obtenu cet effet d'une manière plus sûre et plus inoffensive. Même pratique, suivie de guérison dans les *névrites avec ulcération* d'un moignon d'amputation. Le décollement du rectum fait cesser des arthralgies rebelles du genou, avec diminution des hydarthroses.

L'incontinence essentielle d'urine est influencée d'une manière favorable; il faut attendre pour juger la valeur de cette thérapeutique, comme traitement radical. Peut-être y a-t-il là effet psychique.

Un mot maintenant du manuel opératoire des *injections rétro-rectales de sérum*. Malade placé en position génu-pectorale (sans anestbésie), ou dans le décubitus latéral, la cuisse supérieure repliée. L'index gauche introduit dans le rectum, qu'il faut s'attacher à ne pas blesser, on s'arme de la main droite d'une aiguille forte et longue et l'on pique sur le raphé ano-coccygien, à égale distance entre le coccyx et l'anus. Dès que la peau et le tissu cellulaire sont traversés, abaisser fortement le talon de l'aiguille, afin de relever la pointe, qui doit contourner le sommet du coccyx : puis pousser directement en haut vers la face antérieure du sacrum. Au bout de 4 à 5 centimètres de pénétration, on s'arrête et on adapte sur l'aiguillle une seringue chargée de sérum artificiel. On rechargera la seringue autant de fois qu'il le faudra pour atteindre la quantité voulue, *au moins cent grammes*. L'index placé dans le rectum sent se former une voussure qui refoule peu à peu la paroi rectale. Les suites sont simples. Peu ou pas de douleur; quelquefois un peu de rétention d'urine passagère, preuve de l'action sur l'appareil urinaire. On peut répéter ces injections tous les jours, ou à plus ou moins long intervalle.

A. Benoit.

Rétrécissements multiples de l'intestin, laparotomie, guérison (*Bulletin de la Soc. de chirurgie de Lyon*, 7 janvier 1904). — M. Bérard a présenté une petite fille opérée l'année dernière pour occlusion intestinale chronique, causée par des rétrécissements multiples de l'intestin. Les ganglions mésentériques étaient si énormes que l'auteur borna son intervention à la libération de deux anses intestinales coudées par une adhérence très solide. Les fonctions intestinales se régularisèrent immédiatement après l'intervention. Aujourd'hui, l'enfant a engraissé, les selles sont spontanées. La laparotomie semble aussi avoir eu le plus heureux effet sur les masses ganglionnaires hypertrophiées, qui sont à peine sensibles à la palpation de la région sus-ombilicale. Cette guérison par une intervention simple présente un certain intérêt. Comme dans les faits de péritonite tuberculeuse, l'introduction de l'air dans le péritoine semble avoir produit d'heureux effets sur les ganglions.

A. Benoit.

Infections multiples méta-appendiculaires, par Mauclaire (*Gazette des hôpitaux*, 24 mars 1904). — L'auteur cite un exemple de ces infections multiples, auto-infections si l'on peut dire, où l'appendicite semble n'être qu'un épiphénomène, s'associant avec des péritonites, des parotidites, otites, abcès, œdèmes, pleurésies (Dieulafoy) et spondylites, sorte d'œdèmes douloureux de la colonne vertébrale, qu'il rapporte volontiers à des *ostéites vertébrales* éphémères, au cours d'infections générales temporaires. L'auteur se livre à une digression savante sur l'appendicite par lésion primitive des vaisseaux appendiculaires, en s'appuyant sur des expériences de Klecki, auxquelles il serait imprudent d'accorder une valeur clinique. La phlébite des veines appendiculaires est une lésion que l'on a des chances de constater dans tous les cas où l'appendice est gravement altéré. On ne saurait de ce chef lui attribuer un rôle causal exclusif, difficile à concevoir dans les cas d'infection générale.

A. Benoit.

Traitement du cancer de la langue (*Soc. de Chir.*, mars 1904). — Les auteurs modernes distinguent, au point de vue de la gravité, le cancer de la partie antérieure et celui de la partie postérieure, s'étendant vers le pharynx. Ce dernier, suivant M. Sebileau, est le plus grave, à cause de la promptitude avec laquelle survient la cachexie. Les hémorragies et la septicémie y sont aussi plus difficiles à combattre.

On propose dès lors de placer les opérés sur le dos, les pieds plus haut que la tête, afin que les mucosités ressortent par la bouche.

Chaque fois que l'opération peut être tentée par les voies naturelles, on n'hésitera pas, à cause de sa moindre gravité. La communication de la bouche avec la région cervicale est ainsi évitée. Les ganglions doivent être soigneusement enlevés. M. Sebileau pense que, lorsqu'on emploie la voie artificielle, il faut éviter de sectionner les maxillaires; le jour qu'on y gagne ne compense pas l'augmentation de gravité opératoire. M. Walther préconise la voie *sus-hyoïdienne latérale*. Il cautérise la surface ulcé-

rée avant l'extirpation, les jours qui précèdent.

La récidive sur place est rare et l'on peut dire que les progrès de l'antisepsie moderne ont réellement amélioré le sort de l'opéré du cancer de la langue. Mais les suites éloignées sont encore mauvaises.

On compte cependant jusqu'à quatre et six années passées sans récidive.

A. Benoit.

Indications et mode d'emploi des toxines de Coley, par Matagne (*Ann. de la Policl. : centrale de Bruxelles*, mars 1904). — Le traitement est indiqué dans tous les cas de *sarcomes*, de quelque nature qu'ils soient ; le sarcome à cellules fusiformes donne 50 0/0 de guérisons ; tandis que le sarcome à cellules rondes n'en donne que 5 0/0.

Le traitement de Coley ne donne pas de résultats satisfaisants dans le carcimone inopérable ; on n'a signalé que quelques cas d'épithéliomas pavimenteux de la face qui aient été guéris par les toxines de Coley.

Toutes les tumeurs malignes opérables, de quelque nature qu'elles soient, paraissent justiciables du traitement par les toxines de Coley.

Ce traitement s'applique pendant le mois qui précède l'opération, et a pour but de prévenir la récidive de la tumeur. Les divers cas que l'auteur a eu l'occasion de traiter de la sorte depuis environ 4 ans sont restés exempts de récidive.

Pour réussir, il faut que l'on puisse enlever d'un bloc la totalité de la tumeur et des ganglions entrepris. La lésion du néoplasme au cours de l'intervention chirurgicale, ou la section des vaisseaux lymphatiques afférents des ganglions envahis, pourrait compromettre le succès de l'opération. Au cours du traitement, on voit la tumeur se ratatiner, se flétrir ; il semble que, pour le moment de l'opération, elle ait perdu sa virulence.

Mode d'emploi :

On débutera par des doses de 5 ou 10 centigrammes.

Les injections se font quotidiennement dans les tissus mêmes de la tumeur. On débute par une dose de 5 ou de 10 centigrammes selon la virulence de la toxine que l'on emploie ; on augmente graduellement la dose de 2 1/2 centigrammes tous les 2 ou 3 jours jusqu'à ce qu'on obtienne une réaction fébrile se manifestant par une température de 39° à 39°5. Au bout d'une demi-heure le malade est pris de violents frissons qui durent une demi-heure en moyenne. Il n'y a pas de dose maxima ; la température est le seul guide ; chez certains malades on ne doit pas dépasser 0 gr. 10, chez d'autres on atteint même 0 gr. 50.

Lorsqu'il n'est pas possible de faire les injections dans la tumeur même, on a recours aux injections sous-cutanées, faite aux cuisses ou au bas-ventre pour les tumeurs abdominales ; aux flancs pour les tumeurs du sein, etc. Ces injections hypodermiques permettent l'emploi de doses beaucoup plus considérables de toxines : les premières piqûres provoquent généralement la formation d'une plaque érysipélateuse qui disparaît après une couple de jours ; on débute par 0 gr. 10 et l'on passe rapidement à 0 gr. 15 et 0 gr. 20 et au delà jusqu'à ce qu'il se produise une réaction de 38° ou davantage ; les réactions fébriles sont plus rares et plus modérées que lorsqu'on a recours aux injections dans la tumeur.

D'assez nombreux cas de tumeurs abdominales ont été guéris par cette dernière méthode d'application du traitement de Coley.

La durée du traitement dans les cas inopérables est de 3 à 4 mois environ. Il va sans dire que le malade doit être à même de pouvoir supporter le traitement ; il faut que l'état général soit encore bon.

Lorsqu'on applique le traitement avant d'opérer, il est de un mois au maximum ; parfois même 15 jours de traitement suffisent.

L'auteur engage vivement ses confrères à essayer ce traitement préventif : il a toujours préparé ses toxines lui-même.

E. Vogt.

Appareil pulmonaire
Cœur et Vaisseaux

Dr G. Lyon

Ex-chef de clinique à la Faculté de Médecine.

La saignée dans la pneumonie lobaire, par Shank (*Therapeutic Gazette*, 15 mars 1904). — Quand doit-on saigner et comment la saignée soulage-t-elle le malade? L'auteur répond à cette question en disant qu'il ne voit pas de raison de pratiquer la saignée dans la pneumonie, à aucune période de la maladie. Un pneumonique n'a jamais trop de sang, et beaucoup d'entre eux n'ont pas besoin d'être saignés. Les malades ne succombent pas aux conséquences de l'hépatisation et de la diminution du champ respiratoire, ou d'une lésion du cœur surmené qui lutte pour envoyer le sang à travers un poumon imperméable, mais ils succombent à la toxémie et c'est contre cette dernière qu'il

faut lutter. La saignée doit être faite lorsque le malade est envahi par les toxines, ainsi qu'on le voit à l'action rapide et affaiblie du cœur, à la respiration superficielle, à la cyanose. En même temps que la saignée, l'auteur conseille de pratiquer une injection saline d'une quantité égale au sang soustrait. De cette manière, on élimine une partie des toxines et on dilue celle qui reste dans l'organisme. Les organes hémopoiétiques et le système nerveux régissent alors, ainsi que le montrent l'amélioration des fonctions circulatoire et cardiaque et l'expression du faciès.

L. Jumon.

Traitement de la pneumonie sénile, par S. Cohen (*New-York med. J.*, 12 mars 1904). — Dans une leçon clinique sur ce sujet, l'auteur montre que les règles du traitement ne diffèrent pas de la pneumonie ordinaire. Les médicaments qu'il a employés seuls ou associés ont été la digitale, la strychnine, l'atropine, la nitro-glycérine, l'alcool. Auparavant il employait souvent un mélange de chlorhydrate et de carbonate d'ammoniaque avec la strychnine et l'eau-de-vie. Cohen assure que les malades âgés ayant besoin de stimulation alcoolique s'accommodent habituellement mieux du champagne, qui expose moins à des troubles gastriques, et qui, habituellement, est plus facilement accepté. Des cataplasmes chauds, bien faits, de manière à retenir leur chaleur pendant quatre heures, sont placés sur la poitrine pendant la journée et sont remplacés pendant la nuit par une flanelle épaisse. L'auteur a souvent recours à l'oxygène qui doit souvent être très largement donné. Dans un cas grave, il faut le faire prendre pendant plusieurs heures de suite et n'interrompre son administration que pour permettre au malade de dormir ou de se reposer, ou de s'alimenter. Après 2 ou 3 heures d'une administration continue d'oxygène, l'amélioration sera souvent suffisante pour pouvoir faire des interruptions de deux heures.

Dans les cas légers, il suffira de donner l'oxygène pendant une demi-heure toutes les deux ou trois heures.

L. Jumon.

La chambre pneumatique et sa valeur thérapeutique (*Pester med. chir. Presse*, 13 mars 1904). — Hoffenreich estime que l'emploi de la cabine à air comprimé est insuffisamment apprécié par le corps médical. L'augmentation de pression, dans les cabines qu'il a expérimentées, n'ai jamais atteint 1/2 atmosphère; la séance dure deux heures; elle est divisée en trois périodes : pression ascendante 30 min.; stationnaire 60 min.; descendante 30 min.

Les contre-indications sont: la fièvre, l'asthénie cardiaque, l'artériosclérose marquée, la diminution de l'ampliation thoracique par suite de la présence de tumeurs ou de liquides dans la cavité thoracique, les bronchectasies volumineuses, les hémoptysies fréquentes, l'obturation d'une trompe d'Eustache, la faiblesse générale et le nervosisme très accentué.

Les lésions valvulaires bien compensées ne contre-indiquent pas l'emploi de la cloche, les hémoptysies peu abondantes non plus : on observe même dans ces derniers cas une influence favorable (l'auteur en cite un exemple).

Les effets du traitement sont les suivants : augmentation de la capacité pulmonaire et de la ventilation, diminution du météorisme intestinal, augmentation de l'absorption de l'oxygène, amélioration de la circulation capillaire, due à l'aspiration vers les veines pulmonaires et l'oreillette gauche.

La pression sanguine est à peine influencée dans le sens de l'augmentation : le pouls est momentanément ralenti.

Les affections justiciables du traitement sont les suivantes :

Pleurésies. — Dans les cas où la fièvre a disparu depuis six à huit semaines, quand l'épanchement tarde à se résorber, ou encore quand l'épanchement ayant disparu, le poumon continue à se dilater insuffisamment, on obtient de rapides modifications. Le déplissement de la plèvre pulmonaire augmente la surface de résorption.

Atélectasies. — L'effet mécanique favorable de l'augmentation de pression s'explique tout naturellement dans les cas de ce genre.

Catarrhe bronchique. — Les cas chroniques seuls seront traités : comme on trouve toujours de l'emphysème dans les cas de ce genre, le résultat thérapeutique semble, à première vue, difficile à obtenir ; en effet, une dilatation mécanique de vésicules pulmonaires déjà dilatées devrait, *a priori*, aller à l'encontre du but cherché. Il est certain que la science manque d'une explication suffisante pour les résultats que donne ici le traitement. On admet qu'en supprimant l'obstacle à la ventilation (mucosités bronchiques), on permet l'introduction plus abondante d'oxygène, et qu'en améliorant la petite circulation, on décharge les vaisseaux bronchiques dilatés. Il est certain que si l'emphysème n'est pas guéri par l'air comprimé, l'emphysémateux se trouve grandement amélioré.

Asthme bronchique. — On s'explique moins facilement encore l'influence bienfaisante

qu'exerce l'air comprimé sur le spasme bronchique : il faut se contenter d'enregistrer les bons effets, qu'on obtiendra dans tous les cas à condition de ne pas admettre, dans la cabine, les malades au moment du maximum de la crise. L'asthme nerveux, l'asthme cardiaque et l'asthme bronchique longtemps traités par les injections de morphine ne sont pas justiciables du traitement.

L'auteur a traité jusqu'ici un millier de malades, et dispose d'un grand nombre d'observations dans lesquelles les résultats favorables ont été très rapidement et définitivement obtenus.

E. Vogt.

Maladies du système nerveux

Dr P. SAINTON

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine.

Leçons cliniques sur l'atrophie musculaire progressive par F.-W. Mott (*The Practitionner*, avril 1904). — Ces leçons ont été faites à propos de trois cas observés à Charing Cross-Hospital. Un de ces cas évolua rapidement en douze mois et se termina par la paralysie bulbaire, le second cas fut observé chez une femme présentant des signes d'imbécillité depuis l'enfance, l'affection évolua en quinze mois et se termina par des symptômes de paralysie générale, mais l'autopsie montra qu'il s'agissait d'une paralysie bulbaire. L'auteur relate encore six autres cas qu'il a observés. Après s'être étendu sur les causes et les différents symptômes de la maladie, voici comment l'auteur conçoit le traitement :

On cherchera à écarter les complications, on tiendra le malade dans un état de santé aussi parfait que possible, on évitera le froid et l'humidité, parce que ces malades sont très exposés aux dangers des complications pulmonaires. Les malades éviteront tout effort, surtout s'ils présentent des symptômes de paralysie bulbaire. Il faut surveiller tout particulièrement l'alimentation, car les liquides peuvent facilement pénétrer dans les voies respiratoires et donner lieu à une broncho-pneumonie. Il n'est pas rare de trouver à l'autopsie dans les bronches du lait et des œufs ayant entraîné la mort par suffocation. Les escharres du sacrum ne surviennent guère qu'en l'absence de soins de propreté. Ceux-ci sont particulièrement nécessaires lorsqu'il y a insuffisance des sphincters.

Les médicaments n'ont pas grande valeur en général. Cependant Sir W. Gowen recommande les injections de strychnine, car il a obtenu des résultats remarquables dans six cas sur sept. Après avoir pratiqué ces injections pendant deux ou trois semaines, on laisse un intervalle d'une semaine.

Dans quelques cas on peut donner de l'arsenic avec avantage. Il n'y a pas grand bénéfice à retirer d'un traitement mercuriel ou ioduré. Lorsqu'on donne du mercure à hautes doses dans les cas où il y a des antécédents syphilitiques, il faut le faire avec prudence, parce qu'on risque d'aggraver beaucoup le mal. L'auteur cependant est porté à donner du mercure aux jeunes gens qui ont eu récemment des accidents syphilitiques, car, si on n'institue pas ce traitement, on ne sait ce qu'on doit en attendre. Il ne serait pas avantageux de donner du mercure et de l'iodure à un cas d'atrophie musculaire progressive dans lequel il y a des antécédents syphilitiques très anciens, car dans le tabes pas plus que dans la paralysie générale le mercure ne donne de bons résultats. La vitalité des cellules a été compromise depuis longtemps et on ne peut modifier cette situation en donnant du mercure ou de l'iodure de potassium.

L. Jumon.

Indications de la ponction lombaire au point de vue du diagnostic et du traitement, par Riet (*Sedgwick Treatment*, avril 1904). — En passant en revue les observations publiées, l'auteur donne les renseignements suivants sur la valeur de la ponction lombaire.

Dans les méningites de toutes sortes, la ponction lombaire est suivie d'un abaissement de la température, lorsque celle-ci est élevée, d'une diminution du nombre des pulsations, et des inspirations lorsque celles-ci sont irrégulières, du retour à un état plus normal. Dans les cas de coma l'opération semble réveiller la conscience, la céphalalgie a semblé diminuer ; l'état général paraît amélioré.

La ponction lombaire est un moyen précieux de diagnostic entre la méningite et d'autres affections, car bien qu'il soit rare de trouver des bacilles tuberculeux dans ce liquide, la présence ou l'absence des autres micro-organismes est un facteur important. Dans la méningite cérébro-spinale épidémique, la diminution de la mortalité dans les cas traités systématiquement par la ponction lombaire semble indiquer sa valeur.

Dans les états urémiques et dans l'urémie, les effets de la ponction lombaire sont supérieurs au point de vue thérapeutique aux autres mé-

thodes de traitement, ces résultats paraissant indiquer une élévation de la pression intracrânienne comme cause des accidents, plutôt que l'accumulation de matériaux toxiques dans le sang.

Dans les cas cérébraux douteux de toutes sortes, la ponction apporte un moyen de diagnostic soit positif, soit négatif, mais il est difficile ici d'en estimer la valeur.

L'introduction de médicaments dans l'espace sous-arachnoïdien n'a guère été essayée que pour la cocaïne, comme moyen de produire l'anesthésie, afin de pouvoir pratiquer de grandes opérations. Malheureusement les effets secondaires ont été tels que l'on est revenu aux anesthésiques généraux, sauf peut-être dans les cas où ceux-ci sont contreindiqués.

Dans l'épidémie de méningite cérébro-spinale de Lisbonne on a essayé de traiter les cas en retirant du liquide cérébro-spinal et d'injecter les antiseptiques variés. Les résultats ont été les suivants :

Cas traités par les bains chauds et la glace, mortalité 60 0/0.

Cas traites par la ponction lombaire, mortalité 45 0/0.

Cas traités par la ponction lombaire et les injections de lysol, mortalité 42 0/0, avec l'oxycyanure de mercure, mortalité 50 0/0.

Etant donnée la faible différence de mortalité entre les 2e et 3e catégories, il est difficile de dire si le traitement suivi d'injections antiseptiques est avantageux.

En France, on a récemment injecté avec succès du sérum antitétanique par la ponction lombaire.

L. Jumon.

Traitement de l'épilepsie par le chlorétone. *Note préliminaire par le* Dr Lapael Perez (*Revista de Medicina y Cirugia de la Habana*, 25 novembre 1903). — Dans les cas où la médication bromurée selon la méthode de Gilles de la Tourette ou de Flechsig n'a pas donné de résultats, l'auteur a employé le chlorétone et les résultats n'ont pas été mauvais.

Il le prescrit en capsules à la dose maxima de trente-cinq centigrammes, le soir en se couchant. Dans aucun cas, il ne lui a été possible d'augmenter la dose, car il a vu survenir des douleurs de tête, des vertiges et un sommeil profond ; parfois vingt-cinq et même dix centigrammes ont suffi chez les enfants.

Chez quelques malades, il empêche l'attaque de se présenter, chez d'autres, il diminue le nombre des accès, chez d'autres leur intensité et finalement chez ceux où il n'a pas pu éviter l'attaque, il a rendu plus supportable l'état comateux consécutif.

Chez les individus soumis à ce traitement, le sommeil est tranquille sans être profond, ils se réveillent à l'heure habituelle. On n'observe pas d'altérations des fonctions respiratoires, circulatoire, digestive.

L'auteur n'affirme pas qu'il y ait une action curative, mais cependant ne la nie pas. Quelques malades n'ont plus eu ombre d'attaque, même après trois et quatre mois.

Il résume son expérience dans les conclusions suivantes :

1° Le chlorétone possède une action élective sur la fonction excito-motrice, car quelquefois, il empêche, d'autres fois il atténue ce que nous pourrions appeler l'expression de cette perturbation fonctionnelle, la convulsion ;

2° Comme le bromure de potassium, on peut le prescrire dans l'hyperexcitabilité nerveuse ;

3° Le chlorétone possède une influence préventive sur l'attaque ;

4° L'expérience acquise jusqu'à ce jour ne permet pas de conclure à une action curative.

F. Berini.

Traitement de la neurasthénie sexuelle (*Neurologisches Centralblatt*, n° 6, 1904). — Higier a administré à 11 malades le chlorhydrate d'héroïne ; il a constaté que pour obtenir une action thérapeutique, il y a lieu de donner des doses beaucoup plus élevées que lorsqu'il s'agit de combattre des affections respiratoires. Il faut arriver à des doses de 0 gr. 01, prises le soir (poudres, pilules, suppositoires), pour obtenir un effet dans les cas de spermatorrhée d'excitation sexuelle anormale, etc.

Chez deux malades souffrant en même temps de pollakiurie, ce symptôme s'améliora rapidement.

E. Vogt.

Maladies du Larynx du Nez et des Oreilles

Dr COURTADE

Ex-chef de clinique à la Faculté de Médecine
Ancien interne des hôpitaux.

Traitement de l'épistaxis (*Wiener med. Wochenschrift*, 12 mars 1904). — Réthi recommande, quand le tamponnement au moyen de mèches de gaze a enrayé l'hémorragie, de retirer avec précaution les tampons et de traiter radicalement le point ulcéré ; après ablation

prudente des caillots, on cocaïnise et l'on cautérise, soit avec de l'acide chromique ou trichloracétique, soit au galvano-cautère, qu'on retirera pendant qu'il est encore chaud, pour éviter l'arrachement de l'escarre.

Dans l'immense majorité des cas, ces interventions suffisent : l'auteur cite toutefois des observations concernant des artérioscléreux, chez lesquels il dut, en présence de récidives incessantes, curetter la muqueuse du septum sur tous les points où elle présentait un aspect friable; ceci fait, il cautérisa à l'acide trichloracétique. La cicatrisation fut obtenue en quinze jours environ.

Dans un cas d'épistaxis chez un cirrhotique, le même traitement donna un résultat identique.

E. Vogt.

Les épistaxis des hypertendus (*La Presse Médicale*, 6 avril 1904). — Martinet estime que l'épistasis des hypertendus artério-scléreux doit être respectée tant qu'elle ne dépasse pas une certaine ampleur, et que la tension artérielle reste élevée. Donc, on n'interviendra activement, au point de vue local, que quand les phénomènes généraux congestifs ont cédé : auparavant, on se bornera aux sinapismes sur les membres inférieurs, aux bottes d'ouate recouvertes dé taffetas gommé. Vessie de glace sur la tête, si la congestion céphalique paraît menaçante. On avertira l'entourage que l'on tient à ne pas arrêter brusquement ce phénomène qui évite des accidents plus graves. Dans ces conditions, l'hémorragie s'arrêtera, une fois les troubles d'hypertension atténués.

Si, au contraire l'épistaxis persiste et que le pouls faiblit, que les signes d'hypotension apparaissent, on fera le tamponnement antérieur avec de la gaze stérilisée découpée en longues lanières et imprégnées d'une solution d'antipyrine à 1 : 6 ou d'eau oxygénée à 12 volumes. En même temps, on peut appliquer l'index sur la cloison de la narine saine, le pouce sur l'aile externe de la narine saignante, et inversement.

Comme médication interne, hammamélis, chlorure de calcium, 2 à 4 0/0, etc. L'adrénaline sera absolument proscrite, car elle est extrêmement dangereuse chez les hypertendus.

E. Vogt.

Méthodes nouvelles du traitement de la fièvre des foins (*Therap. Monatshefte*, avril 1904). — Fink s'étonne que dans les traités de laryngologie on n'accorde que peu de mots à une affection qui constitue un véritable supplice pour celui qui en est attient. Les nombreux remèdes jusqu'ici recommandés ne parviennent pas à débarrasser les malades pendant quelques semaines des symptômes si pénibles de cette rhinite.

L'auteur n'adopte pas les conclusions de Dunbar, concernant l'action nocive de toxines polliniques des graminées (qui joueraient le rôle principal dans l'étiologie de la fièvre des foins), et l'efficacité de l'antitoxine découverte par cet auteur. Cette dernière ne confère aucune immunité; trois malades traités par le sérum par Fink, n'ont éprouvé aucun soulagement.

Il ne faut pas oublier, quand on veut combattre la fièvre des foins, que les malades qui en sont atteints sont toujours neurasthéniques. Une excitation anormale réflexe du trijumeau provoque chez ces sujets une hypersécrétion du sinus maxillaire : c'est l'antre d'Highmore qu'il faut atteindre avec le topique si l'on veut arriver à un résultat thérapeutique. Or, l'aristol, appliqué sur la muqueuse du sinus maxillaire, guérit toutes les formes de coryza nerveux, y compris la fièvre des foins, mais dans ce derniers cas il faut à chaque apparition saisonnière, recommencer le traitement. Dans un seul cas, la fièvre des foins ne réapparut pas dans l'année qui suivit le traitement par l'aristol.

L'auteur a pu, dans 95 0/0 des cas, avec des canules très fines, à courbure appropriée à chaque cas, arriver dans la cavité du sinus. Un insufflateur inventé par l'auteur, permet ensuite de faire pénétrer l'aristol. Les canules ordinairement utilisées par les spécialistes sont trop épaisses pour permettre de mener à bien cette manœuvre.

Il suffit de trois insufflations pour guérir l'accès dans quelques cas : parfois 6 à 7 interventions sont nécessaires, mais ce chiffre est rarement dépassé. Les symptômes oculaires disparaissent rapidement.

L'auteur a traité de cette façon 14 cas de coryza nerveux, dont 11 apériodiques et 3 périodiques (fièvre des foins). Tous les malades ont guéri, et cela sans changer en rien leurs habitudes; ils ont pu impunément se promener dans les prés en fleurs.

Les trois premières insufflations sont quotidiennes : le quatrième jour, la symptomatologie est à ce point modifiée qu'on peut attendre une recrudescence pour procéder à de nouvelles insufflations.

L'auteur a observé deux cas de réflexe unilatéral : le traitement a été appliqué alors au sinus correspondant.

E. Vogt.

Traitement des affections de l'oreille par la résorcine et l'opium (*Medicinskoie Obosrenie*, n° 15, 1903). — Schaïbaeff a employé chez 45 malades un mélange de résorcine et de teinture d'opium dans de l'eau.

L'oreille, préalablement lavée et nettoyée, on instille dans le canal auditif 8 à 15 gouttes du mélange sus-indiqué, légèrement chauffé et l'on les fait garder au malade pendant 20 à 30 minutes ; l'instillation est faite une fois par jour.

Dans ce traitement, l'otorrhée disparaît assez rapidement, au bout de 12 jours environ ; mais déjà au bout de 3 à 6 jours, le pus perd son odeur fétide et prend un caractère séreux : les malades cessent très rapidement de se plaindre de sensations désagréables dans les oreilles ; en outre, l'hyperémie de la membrane du tympan disparaît ; elle devient plus nette en même temps que les petites perforations se referment. La majorité des malades soignés par l'auteur, étaient atteints d'otite moyenne aiguë ou chronique. Presque toujours il a eu affaire à des malades traités sans succès pendant longtemps par d'autres méthodes.

L'auteur conclut par les considérations suivantes :

1° Le mélange de résorcine et d'opium constitue un bon moyen antiphlogistique en diminuant et supprimant même l'hyperémie de la membrane du tympan et l'otorrhée ;

2° Les propriétés antiseptiques de la résorcine se manifestent par la disparition rapide du pus, par la transformation de celui-ci en un liquide sérieux et par la diminution des sécrétions ;

3° L'opium exerce dans cette méthode de traitement une bonne action calmante ;

4° Le séjour prolongé des gouttes dans l'oreille contribue à rendre leur action plus profonde sur tous les tissus sous-jacents ;

5° Les gouttes n'exercent aucune action irritante ;

6° Ni le siège de la perforation ni la quantité ni la qualité du pus ne constituent des contre-indications au traitement ;

7° Le traitement a peu d'action dans le cas de granulations de la membrane du tympan.

J. Roubleff.

Ophtalmologie.

Dr Darier

Ancien Président de la Société d'ophtalmologie

Un nouvel anesthésique local, la stovaïne, par le Pr de Lapersonne (*La Presse médicale*, 13 avril 1904). — Ce nom a été donné au chlorhydrate de l'amyléine A B : les solutions aqueuses, étudiées par l'auteur, ont une toxicité beaucoup moindre que les solutions de cocaïne au même titre.

Pour les instillations intraconjonctivales, l'auteur se sert d'un collyre au vingt-cinquième dans la solution physiologique : pendant deux minutes, le sujet éprouve une sensation très forte de corps étranger avec cuisson, larmoiement, photophobie. Puis, on constate de l'anesthésie conjonctivale complète et de l'hypoesthésie cornéenne : quatre minutes plus tard, la sensibilité est revenue.

L'auteur a fait 26 fois ces instillations, et 20 fois des injections sous-conjonctivales ou sous-cutanées de la solution physiologique au centième.

Dans 18 opérations de cataracte sénile, et 4 iridectomies ou sclérotomies, les malades n'ont accusé aucune douleur au moment de la section de la cornée et de l'extraction du cristallin : seule, l'iridectomie est douloureuse. Tous ces malades ont reçu des instillations.

Les injections ont été faites pour 4 opérations de strabisme, 6 chalazions, 3 tarsorraphies, etc. L'opération peut être commencée une minute après l'injection. Dans les opérations du strabisme, seules les tractions exigées pour le chargement du muscle et la reprise des ailerons musculaires ont provoqué une douleur, même assez vive.

Pour les chalazions, la sensibilité ne se manifeste qu'au moment de la section de la partie de la tumeur adhérente au tarse.

En résumé, ces essais sont très encourageants.

L'auteur se propose, soit d'associer deux parties de stovaïne à une de cocaïne, soit d'employer successivement les deux collyres. On obtiendrait sans doute ainsi une anesthésie complète, sans diminuer le tonus ni la vascularisation de la conjonctive (effets de la cocaïne).

E. Vogt.

Emploi de l'adrénaline en thérapeutique oculaire (*Société d'ophtalmologie de Paris*, séance du 1er mars 1904). M. A. Terson — Comme l'A. l'a dit au Congrès de Madrid, l'adrénaline a une action nettement aggravante sur les ulcères et la plupart des maladies de la cornée, qui au contraire se trouvent bien de la dionine. Maintenant que nous avons le vasocontricteur typique, l'adrénaline, et le vasodilatateur typique la dionine, il faut soigneusement en poser les contre-indications, car les praticiens, sollicités par une publicité in-

tensive en faveur de l'adrénaline, la prescrivent parfois sans discernement, ce qui peut discréditer un produit en somme précieux.

M. de Lapersonne, rappelle que, dès le mois de janvier 1903, dans la thèse de son élève M. Brissot, il a précisé les indicatiens de l'adrénaline en oculistique. Au point de vue thérapeutique, il n'en a pas obtenu de très bons effets, sauf peut-être dans quelques cas d'épisclérite boutonneuse.

Au point de vue opératoire, l'adrénaline lui a semblé faciliter toutes les interventions sur la conjonctive et favoriser l'action de la cocaïne dans les cas d'inflammation. Employée avec prudence, elle n'a jamais eu dans son service d'effets nuisibles sur la cornée ou la conjonctive.

Antérieurement à l'adrénaline, l'extrait de capsules surrénales, était d'une application plus difficile et, dans un cas, il s'était produit une légère escarre du cul-de-sac conjonctival inférieur.

D'une façon générale, l'adrénaline ne lui semble pas mériter tout à fait l'enthousiasme qu'elle a soulevé au début.

M. Péchin cite un cas d'épisclérite où l'administration de l'adrénaline a eu un effet vraiment curatif.

M. Dehenne Trouve dans l'adrénaline un adjuvant précieux pour certaines opérations, telles que celle de l'iridectomie sur un œil très hyperhémié.

M. Jocqs croit qu'on n'a peut-être pas beaucoup à attendre du principe actif des capsules surrénales en thérapeutique oculaire. il n'est nullement indiqué, par exemple, d'en faire usage dans les kératites, tandis que, ainsi qu'il l'a dit à la dernière séance, il y a tout avantage à utiliser, dans ces cas, la dionine.

Mais il ne faut pas oublier que ce médicament peut être très précieux en facilitant l'action, sur l'œil, des divers collyres et surtout de la cocaïne de l'atropine et des myotiques qui seraient sans effet sur un œil fortement vascularisé. C'est là un avantage considérable au point de vue opératoire et thèrapeutique. C'est ainsi que dans certaines iritis on ne peut faire agir l'atropine qu'après l'action de l'adrénaline.

Pour M. Darier, l'adrénaline est un *reactif oculaire* des plus précieux, c'est le plus parfait des vaso constricteurs. Cet agent aura donc des indications toutes spéciales et qui ne pouvaient être déterminées exactement qu'après une assez longue expérience.

Aujourd'hui, on peut tirer de l'adrénaline un profit très réel comme moyen de diagnostic dans l'iritis au début, alors qu'on hésiterait à instiller de l'atropine, qui a ses inconvénients aussi. Grâce à l'adrénaline, un bouton d'épisclerite sera très facilement différencié d'une pustule du limbe. Certaines formes douteuses de conjonctivites, seront reconnues granuleuses à l'aide de l'adrénaline.

Au point de vue thérapeutique, l'adrénaline exagère l'action de tous les alcaloïdes instillés dans l'œil. La cocaïne, sans action sur un œil fortement enflammé exercera son action anesthésique si l'œil a été préalablement adrénalisé. L'usage de la cocaïne combinée à l'adrénaline rend les plus grands services dans le traitement des conjonctivites en rendant l'action des topiques à la fois pénétrante et beaucoup moins douloureuse.

Le cathétérisme des voies lacrymales est, non seulement rendu moins pénible. mais souvent inutile, une simple injection d'adrénaline ayant rendu plus facile le passage des larmes par son action constrictive sur la muqueuse.

Une pupille qui ne se contractait pas par l'ésérine seule, une autre qui ne se dilatait pas sous l'action de l'atropine, pourront, grâce à l'adrénaline, réagir dans le sens voulu.

Bien des opérations sur la conjonctive sont rendues plus faciles par l'ischémie produite par l'adrénaline; mais quand il s'agit d'opérations sur l'iris, il faut être très circonspect, car l'A. vu plusieurs fois, après une iridectomie rendue facile par l'adrénaline des hémorragies assez abondantes se produire et dans la chambre antérieure et dans la conjonctive.

Quant à l'injection interstitielle d'adrénaline, il ne l'a pratiquée qu'à si faible dilution qu'il n'ai pas observé la moindre complication, mais il croit qu'il faut bien se garder d'injections trop fortes sous peine de sphacèle des tissus.

Où l'adrénaline est nettement contre-indiquée c'est dans les ulcères coréens, surtout ceux du centre de la cornée. J'ai depuis longtemps signalé ce fait d'une rechute grave d'un ulcère central, chez un granuleux, à la suite d'instillations d'adrénaline. Du reste très peu d'affections cornéennes sont justiciables de l'adrénaline; elles ont bien plutôt besoin de vaso-dilatation réparatrice que d'ischémie dystrophiante.

Dans l'épisclérite, au contraire, l'adrénaline donne parfois de bons résultats.

Pour M. Darlnoy, l'adrénaline en décongestionnant la conjonctive, favorise en effet, beaucoup, comme on vient de le dire l'absorption de la cocaïne. C'est probablement pour cela que l'intoxication cocaïnique se produit plus facilement à la suite d'instillations dans un œil déjà soumis à l'action de l'adrénaline. On peut admettre aussi que le canal lacrymo-

nasal, à la suite de cette même action, laisse plus facilement passer la cocaïne dans l'arrière-gorge et de là, dans l'œsophage.

A. Dabier.

Contribution à l'étude comparative des effets de quelques médicaments mydriatiques, par le Dr Manuel Marquez (*Revista Ibero-Americana de Ciencias Medicas*, N° 19, 1903). — Les conclusions qui se dégagent du travail de l'auteur sont les suivantes :

1° Des médicaments qui dilatent la pupille, produisent à leur tour une paralysie de l'accommodation avec augmentation de la tension oculaire; ceux qui produisent la contraction déterminent un spasme de l'accommodation, avec diminution de la tension.

2° La durée totale de l'effet mydriatique s'est réalisée dans l'ordre suivant, de plus à moins: atropine, duboisine, scopolamine, homatropine, euphtalmine et cocaïne. La nature de l'acide combiné à l'alcaloïde n'exerce que peu ou pas d'influence.

3° Quand on désire une action énergique et durable (comme dans les iritis), l'atropine et la duboisine sont préférables, ainsi que la scopolamine; mais cette dernière doit être surveillée, car avec elle, les phénomènes d'intoxication sont plus à craindre.

4° Quand, au contraire, on désire une action fugace (pour l'examen ophtalmoscopique, p. ex.), la cocaïne suffit, ou en tout cas l'euphtalmine.

5° Ces dernières, ainsi que l'homatropine, dont l'action est d'intensité moyenne, peuvent être employées dans quelque cas douteux, au début, parmi les affections conjonctivales et iridiennes, car s'il s'agit de ces dernières, on rend un grand service au malade, en dilatant promptement la pupille; et quand il s'agit des premières, la mydriase dure peu de temps, tourmentant moins les malades que si on avait employé l'atropine.

6° Les mydriatiques sont contre-indiqués quand il y a hypertension oculaire; car même ceux d'action moins énergique et persistante, comme l'euphtalmine, peuvent provoquer l'apparition d'une attaque de glaucome chez les individus prédisposés.

F. Bérini.

Maladies vénériennes
Maladies de la Peau

Dr MOREL-LAVALLÉE

Médecin des Hôpitaux.

Nécessité du traitement préventif dans la syphilis, par Leredde) *La Presse médicale*, 9 avril 1904). — L'auteur est partisan du traitement préventif énergique, pour les raisons suivantes:

La première raison est qu'il n'y a aucun inconvénient à employer le mercure à titre préventif.

Il n'a jamais observé d'intoxication mercurielle chronique chez les syphilitiques traités; les symptômes dont sont atteints les mineurs d'Almaden, ne s'observent pas chez les malades qui absorbent un ou deux centigrammes de mercure par jour. Depuis deux ans l'auteur a donné à de nombreux malades trois et trois centigrammes et demi par jour, à plusieurs reprises pendant un mois, sans accidents.

D'autre part, il est utilé que le médecin, auquel le syphilitique a confié le soin de le traiter, engage de syphilitique à des visites régulières, à se soumettre à une inspection médicale de temps à autre. Il est utile que le médecin recherche s'il n'y a pas d'accidents oculaires, pas de symptômes indiquant un début d'accidents cérébraux ou spinaux, si le rein est sain, si le cœur n'est pas touché. Il est utile que le malade ait une notion exacte de l'importance de sa maladie.

Les faits fournis par l'étude des effets du traitement chez les femmes enceintes, ont une précision telles qu'on ne peut révoquer leur valeur en doute. Ils permettent d'établir que l'action préventive existe, mais qu'elle est surtout manifeste à brève échéance.

Le traitement mercuriel, prescrit à des femmes qui ont eu des fausses couches répétées, amène souvent une nouvelle grossesse à terme. Puis, prescrit à des femmes qui ont eu des enfants syphilitiques, il peut permettre la naissance d'enfants sains, et qui restent sains pendant des années. La coïncidence entre l'emploi du traitement mercuriel et l'interruption d'une série morbide est absolument frappante.

Il est très difficile de méconnaître le mécanisme de l'action préventive. Le mercure a-t-il une action sur les lésions syphilitiques, sur le parasite? On peut imaginer que sans agir sur les lésions futures, il agit simplement sur les lésions histologiques, point de départ des syphilides apparentes.

Ces lésions histologiques ont été constatées d'une manière formelle, n'y a-t-il pas lieu d'agir sur elles et non seulement sur les lésions apparentes?

A la période secondaire, la syphilis, dans ses formes cliniquement les plus bénignes, comme dans les autres, est une infection généralisée. En premier lieu, elle atteint tout le système vasculaire sanguin. Croit-on que ces lésions, vues par Neumann dans tous les vaisseaux de

la peau, n'existent pas dans tous les vaisseaux de l'économie ? Tous les grands accidents viscéraux de la période secondaire se rattachent à une artérite diffuse. Elle est sans doute le point de départ de tous les accidents futurs. Nous avons appris récemment par Ravaut qu'à la période secondaire les méninges étaient très fréquemment touchées, qu'il existait souvent de la lymphocytose céphalo-rachidienne, sans aucun symptôme clinique du reste. Il faut donc soigner l'infection latente, les accidents non visibles, les lésions profondes; c'est contre toute la syphilis qu'il faut lutter, et prescrire un traitement régulier méthodique, à doses suffisantes, pendant les années où la syphilis se comporte comme une infection générale.

E. Vogt.

Tabès d'origine syphilitique, guéri par le traitement mercuriel intensif et prolongé (*Journal des mal. cut. et syphilitiques*, mars 1904). — Le Pr Oltramare (de Genève) publie l'observation d'un malade qui, 10 ans après l'accident initial, commença à présenter des troubles caractéristiques du tabès : deux ans plus tard, il entra dans le service de l'auteur, présentant tous les symptômes classiques de l'ataxie. On commença de suite le traitement suivant: injections quotidiennes de 0,05 gr. de salicylate de mercure basique. Après trois semaines de traitement (interruption de 3 jours), les douleurs fulgurantes ont diminué, l'incontinence nocturne s'est améliorée. On continue le traitement par des injections de calomel et salicylate de Hg mélangés 0,025 gr. de chaque. Un peu plus tard, le nombre des nodules dans la région fessière est élevé; on fait faire en conséquence 24 frictions d'onguent mercuriel colloïdal, puis on reprend les injections (salicylate de Hg. 0,075 gr. par dose, 19 injections en tout). Après trois semaines de repos, nouvelle série d'injections (salicylate de Hg. 0,05 gr. par dose): après la 25e de cette série, le malade est envoyé en convalescence, et au bout de sept mois, sans aucun traitement, il marche facilement même dans l'obscurité, le signe de Romberg est presque nul, il n'y a aucun trouble sphinctérien ou vésical, etc.

L'auteur attribue le succès obtenu à l'intensité du traitement par injections intra-fessières, dont on fit 73 en tout. On eut souvent à lutter contre le découragement et la lassitude du malade, et peu de tabétiques sans doute accepteraient une telle intervention (0,0106 grammes de mercure métallique par jour).

On n'administra jamais d'iodure.

E. Vogt.

Traitement acide du prurit, par F. Kœhler (*Berliner Klin. Wocheus.*, 18 avril 1904). — Le prurit est une conséquence assez commune de l'altération de la composition sanguine; on connaît le prurit de l'ictère, du diabète, le prurit qui suit l'ingestion de divers médicaments. Cette altération de la composition du sang n'est pas toujours perceptible. L'analyse du sang offre d'ailleurs de grandes difficultés. Mais il est une condition qui joue, d'après l'auteur, un grand rôle dans l'étiologie du prurit, c'est l'alcalescence augmentée ou diminuée du sang. Si l'alcalinurie est très prononcée, on peut conclure à l'augmentation de l'alcalescence du sang ou des tissus. Toutefois l'alcalinurie n'est pas toujours associée au prurit qui s'observe aussi avec des urines neutres ou à réaction acide.

En outre, il n'est pas démontré que le degré d'alcalescence du sang et la réaction de l'urine doivent toujours être mis en parallèle. Partant de ce point de vue, Leo a entrepris de traiter le prurit en administrant des acides minéraux. En outre, il a souvent observé une action favorable sur ce point en donnant surtout de l'acide salicylique et de l'acide phénique.

Dans un cas de tuberculose pulmonaire légère dans lequel des démangeaisons insupportables persistaient jour et nuit, et troublaient le sommeil, Kœhler a donné une cuillerée à soupe toutes les deux heures, d'une solution de 3 grammes d'acide sulfurique dans 200 grammes d'eau. Le résultat a été éclatant. Malheureusement, on ne put faire avant le traitement, la détermination de l'alcalescence du sang. Bien que l'acide sulfurique absorbé ait été très vite éliminé, ainsi qu'il résulte de l'examen de l'urine après l'absorption du médicament, il est très probable que la composition du sang a été modifiée sous l'influence de l'acide. D'ailleurs, il ne faut croire que ce traitement soit infaillible, Leo dans plusieurs cas de prurit généralisé n'a obtenu aucun résultat, mais le traitement acide dans les cas de prurit violent mérite, néanmoins d'être essayé, puisqu'il a donné de très bons résultats.

L. Jumon.

Maladies des Voies urinaires

Dr Chevalier,

Chirurgien des hôpitaux,

Ancien Chef de clinique de la Faculté

Tumeur villeuse de la vessie, cystotomie sus-pubienne, par Reynolds et Graham (*Brit. med. J.*, avril 1904). — Il s'agit d'un homme bien portant

jusqu'à la maladie actuelle. Le malade rendait du sang à la fin des mictions et éprouvait seulement une certaine gêne à s'asseoir, mais il n'avait pas éprouvé de douleurs avant, pendant ou après les mictions, ou en allant à la selle. Un peu de faiblesse et d'amaigrissement dans ces derniers temps. Le malade ayant rendu un fragment de tissu, celui-ci fut examiné et l'on conclut à l'existence d'une tumeur papillaire.

La vessie ayant été remplie avec une solution de sublimé à 1 : 4000 fut incisée au dessus du pubis, on trouva insérées sur la muqueuse plusieurs tumeurs partiellement pédiculées, qui urent enlevées avec les pinces de Thompson et Guyon, mais on fit le curettage de la vessie avec une curette utérine tranchante. L'hémorragie produite par l'opération s'arrêta après un lavage à la solution de sublimé à la température de 48° C. La partie supérieure de l'incision vésicale fut suturée avec de la soie fine, l'incision cutanée dans sa partie supérieure avec du crin de Florence, et on pratiqua le drainage avec un tube de caoutchouc introduit dans l'angle inférieur de l'incision. Le malade guérit, le drain fut enlevé quatre jours après l'opération qui fut complétée par les sutures. Les hématuries ne reparurent plus, et l'urine était normale. Des lavages au sublimé à 1:4000 furent pratiqués dans la vessie jusqu'à la guérison complète, et pendant cette période le malade prenait de l'urotropine.

L. Jumon.

Le bleu de méthylène dans les affections des voies urinaires (*Med. Obosr.*, n° 14, 1903). — Bialobzezki rapporte les résultats des observations faites par lui pendant deux ans sur l'action thérapeutique du bleu de méthylène dans les affections aiguës et chroniques des voies urinaires.

Les résultats les plus rapides en même temps que les plus favorables ont été obtenus par l'administration du bleu de méthylène à petites doses dans les affections catarrhales de la vessie et des voies urinaires.

Le bleu de méthylène agit moins rapidement, quoique favorablement, dans les affections purulentes d'origine occasionnelle (cathétérisme, etc.).

On a également constaté une amélioration dans les affections d'origine blennorrhagique.

Dans les affections tuberculeuses, les douleurs disparaissaient ainsi que la brûlure et les mictions fréquentes ; pourtant le bleu de méthylène n'exerce pas d'action sur l'évolution des processus tuberculeux.

Dans les cas d'insuffisance vésicale, on a également constaté une amélioration.

D'une façon générale le bleu de méthylène exerce une action calmante, antiphlogistique et antifermentescible ; en outre, il tonifie la vessie et régularise son activité.

Parmi les accidents, fort légers du reste, l'auteur a observé la nausée dans un certain nombre de cas au début du traitement. Dans la suite cependant tous les malades, sauf un seul, ont bien supporté le bleu de méthylène.

J. Roubleff.

Traitement de la tuberculose urinaire, par Hurry Fenwick (*Brit. med. J.*, 2 avril, *Med. Soc. of London*, 28 mars 1904). — L'auteur préconise l'emploi de la nouvelle tuberculine de Koch dans le cas où la muqueuse vésicale est seule affectée par la maladie. Depuis 1896, qu'il emploie ce remède, il trouve que dans beaucoup de cas les malades sont soulagés de leurs douleurs vésicales. Cependant on ne doit pas l'employer si l'on n'a pas trouvé dans l'urine des bacilles tuberculeux. Son emploi doit être soigneusement surveillé, car il peut apporter des troubles sérieux du côté des reins, lorsque ceux-ci sont atteints de tuberculose latente. La cystoscopie permet de décider si les reins sont ou non affectés, car la forme chronique est presque toujours unilatérale et le rein est souvent atteint de bonne heure dans le cours de la maladie.

Si à l'examen cystoscopique on trouve l'uretère épaissi et atteint de périuretérite, l'auteur conseille de l'enlever, sur vingt-cinq néphrectomies pour tuberculose, il y a eu seulement un cas de mort. La grande mortalité de la néphrectomie pratiquée pour la tuberculose rénale dépend du retard apporté dans l'opération. Si le cystoscope montre un simple ulcère vesical, ce qui est rare, il est préférable d'en pratiquer la résection par la voie suspubienne, au lieu d'employer la tuberculine. Mais l'opération et l'emploi de la tuberculine sont inutiles, lorsque les lésions tuberculeuses sont étendues à d'autres organes ; il faut alors se contenter d'un traitement hygiénique et symptomatique. Les poumons sont rarement affectés dans la tuberculose urinaire. Fenwick a dernièrement employé en même temps le gaïacol, la créosote, l'huile de foie de morue ; l'urotropine ne semble pas indiquée, l'essence de santal semble préférable.

L. Jumon.

Cas de néphrite syphilitique, traitement, par Alfred Pousson (*Annales méd. chirurg. du Centre*, 17 avril 1904). — L'infection syphilitique secondaire du rein est toujours grave, d'après le Pr Fournier, surtout à cause de l'intensité et de la rapidité des œdèmes et de

l'abondance de l'albuminurie. Mais même dans ces circonstances, les malades peuvent guérir sous l'influence d'un traitement approprié. Les accidents qui entraînent la mort tiennent à la généralisation de l'infiltration séreuse et à la production d'hydropéricardite, d'hydrothorax, d'œdème du poumon, d'œdème de la glotte.

La thérapeutique préventive du Pr Dieulafoy et L. Renon, consistant à soumettre systématiquement tous les syphilitiques au régime lacté pendant 3 à 4 mois après la constatation du chancre infectant serait peut-être excessive chez les individus de bonne santé et pourrait diminuer la force de résistance. Cependant elle pourra être prudemment appliquée chez les malades ayant eu quelques atteintes antérieurement du rein et s'imposera dès que l'on aura décelé l'albuminurie.

La médication de la néphrite syphilitique secondaire ne diffère pas de celle qu'on emploie dans les autres manifestations de cette période de l'infection. A l'iodure de potassium, il faut préférer le mercure, soit en nature, soit à l'état de combinaisons. On choisira le mode d'administration le mieux toléré. Chez les uns on emploiera, soit les frictions d'onguent napolitain, soit les vapeurs hydrargyriques au moyen des flanelles de Merget; chez d'autres, soit des pilules de Sédillot, soit du protoiodure. Combinant l'action si efficace du tannin dans certaines albuminuries à l'action du mercure, Gallois et Gaucher ont employé le tannate de mercure. Exceptionnellement, on aura recours aux injections hypodermiques de biiodure d'hydrargyre ; à cause de la facilité avec laquelle les membres œdématiés dans la néphrite syphilitique deviennent le siège d'inflammation lymphangitique. En raison de la grande fragilité des épithéliums du rein, il faudra surveiller avec le plus grand soin l'effet du traitement. Si malgré le traitement mercuriel, l'albuminurie et les œdèmes augmentent, il faudra diminuer les doses du médicament ou même le supprimer pour s'en tenir au régime lacté.

L. Jumon.

Le faux rein flottant (*Soc. de méd. de Nancy*, 23 décembre 1903). — M. de Langenhagen a signalé récemment une cause d'erreur qui peut conduire à des interventions injustifiées pour la région sous-hépatique droite. Lorsqu'on peut déprimer profondément le ventre, on a là parfois la sensation d'une masse pâteuse et allongée simulant le rein en ectopie, liée aux mouvements respiratoires. Il s'agit de l'angle droit ou hépatique du côlon, contenant des matières ou en état de spasme partiel et passager.

M. G Michel a observé la même erreur du côté opposé Une malade avait été envoyée avec le diagnostic de rein flottant. Les phénomènes douloureux et la petite tumeur qu'elle présentait étaient dus, comme la laparotomie le fit voir, à une coudure de l'angle colique gauche faisant obstacle au cours des matières.

Le côlon transverse étant dilaté, le côlon descendant aplati, une anastomose fut faite entre ces deux segments. Le coude gauche du côlon étant ainsi en état d'exclusion partielle, la malade fut améliorée sensiblement.

A. Benoit.

Gynécologie et Obstétrique.

Dr R. BLONDEL.

Chef de laboratoire

à la Maternité de la Charité.

Traitement des hémorragies se manifestant au moment de la ménopause (*Deutsche med. Zeitung* 11 avril 1904). — Lwow rejette toutes les méthodes jusqu'ici recommandées, qui ne font que faire patienter les malades jusqu'à ce que ces métrorrhagies disparaissent d'elles-mêmes. Il recommande le traitement suivant : dans 10 gr de gélatine stérilisée à 5-10 0/0, on fait dissoudre 1 gr. de ferropyrine. Ce mélange est chauffé et injecté au moyen de la seringue de Braun dans la cavité utérine, à la dose de 1 à 5 gr. Après l'injection, on fait un tamponnement qu'on laisse 24 heures. Au bout de 8 jours environ de ce traitement quotidiennement renouvelé, la métrorrhagie a cessé. Les malades n'éprouvent aucune douleur, à peine 1 ou 2 tranchées de suite après l'injection.

Un second procédé consiste dans l'injection de 0,5 gr. à 1 gr. d'adrénaline au millième : dans ce cas on observe des douleurs pouvant durer 2 h. On recommence tous les jours pendant 5 à 10 jours.

Dans les cas où ces procédés ne suffisent pas, et que des congestions céphaliques, des troubles nerveux, des palpitations compliquent le tableau clinique, on usera de laxatifs, on prescrira un régime léger, des promenades, des douches de Milan, etc., et la salipyrine à la dose de 1 gr., trois fois par jour.

Si enfin cette médication n'est pas encore assez énergique, il faudra, en cas de métrorrhagies profuses procéder à l'extirpation de l'utérus, mais on devra toujours essayer auparavant la vaporisation de Snegirew Le curettage n'a aucune utilité. Les séances de vaporisation n'excéderont pas 1 1/2 à 2 minutes : cette pra-

tique n'offre pas de danger, car les utérus qui présentent ces accidents à la ménopause offrent des parois épaisses et sclérosées. On est parfois obligé de vaporiser à nouveau au bout de 3 mois : l'auteur a même dû intervenir 4 fois chez une de ses malades. Dans 5 cas seulement, l'extirpation de l'utérus fut pratiquée.

L'auteur est tenté d'attribuer à la dégénérescence hyaline des parois vasculaires utérines les cas qui résistent à tout traitement.

E. Voet.

Les fistules recto-vaginales, par le Dr Ricardo Suarez (*Cronica Medica Mexicana*, novembre 1903). — Après avoir défini ce qu'on doit entendre par fistule recto-vaginale, l'auteur les divise en *fistules recto-vaginales primitives* et *fistules recto-vaginales secondaires*.

Dans le premier groupe on trouve diverses lésions traumatiques. Exceptionnellement on voit une blessure pénétrer par le rectum, traverser la cloison jusqu'au vagin ou vice versa. Ce mécanisme, rare dans la traumatologie criminelle est beaucoup plus fréquent dans la traumatologie chirurgicale. Pendant les opérations gynécologiques un échappement du bistouri, un coup de ciseaux mal donné, une dissection mal faite peuvent blesser la cloison dans toute son épaisseur et donner lieu à une fistule.

Un autre mécanisme s'observe dans les traumatismes obstétricaux. La sortie de la tête à travers des périnées trop étroits ou mal dilatés en est le plus souvent la cause. D'autres fois la tête fœtale, comprimant une zone limitée de la cloison recto-vaginale, détermine une plaque de mortification, une gangrène locale, qui en se détachant, laisse derrière elle une large communication entre le vagin et le rectum. Le Dr Suarez dit n'avoir jamais observé ce mécanisme ; par contre, il a vu un autre mécanisme qui explique très bien ces fistules : la tête comprimant la cloison recto-vaginale, produit des petits thrombus, des déchirures interstitielles qui se transforment en véritables hématomes dans l'épaisseur de la cloison. Les hématomes s'infectent dans les accouchements septiques, s'enflamment, suppurent, perforent les deux muqueuses et la fistule est constituée.

Les pessaires mal placés et sales peuvent, par compression, produire des eschares et fistules. Les pinces, dans quelques opérations gynécologiques, la suppuration de certaines ligatures septiques pendant les opérations plastiques colpo-périnéales, produiront les mêmes effets.

Moins souvent on voit des fistules consécutives à des néoplasmes. Beaucoup plus exceptionnellement encore, on consigne dans la littérature médicale quelques observations relatives à la suppuration des kystes dermoïdes ou à la suite de grossesses ectopiques.

Les perforations vaginales, consécutives aux rétrécissements du rectum, principalement du syphilome ano-rectal, sont plus connues.

La première préoccupation devant une fistule de ce genre, sera de savoir si elle est traumatique, pathologique ou néoplasique. Après l'interrogatoire, on passe à l'examen, qui permet de constater tous les détails de situation, dimensions, etc.

F. Berini.

Le thiol dans les affections gynécologiques (*Thérapeutique Moderne*, N° 5, 1903). — Kosleeko en se basant sur une série d'observations, estime que le thiol exerce dans les affections du tissu cellulaire péri-utérin et des annexes une action non seulement anesthésiante mais encore résorbante.

Appliqué sous forme de badigeonnages sur la muqueuse utérine malade, loin d'irriter, il exerce une action bienfaisante, en ce qu'il diminue et supprime même complètement le processus inflammatoire, ce qui s'exprime par la diminution des douleurs et la disparition complète de sécrétions.

En outre, toute érosion du col utérin se cicatrice rapidement sous l'influence du thiol en poudre.

J. Roubleff.

Le sérum antistreptococcique dans la fièvre puerpérale (*Thérap. Moderne*, nos 7, 8, 1903). — Ravitsch rapporte deux cas de fièvre puerpérale dans lesquels il a obtenu la guérison par les injections de sérum antistreptococcique 20 cc. à la fois) commencées deux et trois semaines après le début de l'affection (il a employé simultanément des injections antiseptiques, des frictions au mercure et à l'ichtyol sur le ventre et le vin à l'intérieur). Il n'a pas observé le moindre accident dans aucun de ces deux cas.

J. Roubleff.

Éclampsie puerpérale traitée par l'extrait thyroïdien, par Sturmer (*Société obstetr. de Londres*, 6 avril 1904). — Dans une courte communication sur ce sujet, l'auteur expose sa méthode de traitement de l'éclampsie puerpérale. A chaque malade admise à l'hôpital, on donne 0 gr. 60 d'extrait thyroïdien à l'admission, puis 0 gr. 30 toutes les quatre heures dans la suite. Dans beaucoup de ces cas on donne de la morphine et des injections salines. La rupture des membranes est suivie de la dilatation du col, puis d'une application de

forceps. Sous l'action du traitement thyroïdien, la mortalité par éclampsie a été réduite à 12 0/0. On a noté que l'urine dès les deux ou trois premières doses, présente une augmentation considérable, et qu'au bout de 24 heures l'augmentation atteint une très grande valeur, tandis qu'au bout de ce temps il n'y a généralement pas d'amélioration, si l'on a eu recours qu'aux injections salines et à la morphine seules. On a remarqué que la plupart des cas d'éclampsie surviennent par les temps humides, lorsque probablement la peau ne fonctionne pas aussi bien.

Hermann considère que l'accroissement de l'excrétion urinaire est une des indications les plus fidèles de la guérison des malades et que lorsqu'on donne de la thyroïdine, l'urine augmente rapidement. O. Nicholson regarde les résultats comme très encourageants; dans les cas graves il emploie habituellement la morphine.

L. Jumon.

L'aspirine en obstétrique et gynécologie (*Med. Blætter*, janvier 1904). — Goth dispose actuellement de 276 observations, prises dans le but d'élucider les questions suivantes : L'aspirine exerce-t-elle, dans la sphère génitale, une action analgésique? Dans quels cas l'exerce-t-elle? Quel est le meilleur mode d'administration? Provoque-t-elle des effets accessoires?

Sur 42 malades atteints de carcinome inopérable, il y eut dans 38 cas cessation des douleurs pendant plusieurs heures à la suite de l'administration de 1 gramme d'aspirine : il y eut 4 insuccès. L'effet commence presque toujours au plus tard au bout de 30 minutes.

Chez 63 dysménorrhéiques (causes diverses), on enregistra 56 succès à la suite de l'administration de 0 gr. 05 toutes les demi-heures (7 doses au maximum).

Dans 55 cas de processus inflammatoire périutérin, les mêmes doses donnèrent dans 41 cas des résultats positifs.

Dans 40 cas de douleurs consécutives à des interventions intra-utérines, les accidents ont cédé après les mêmes doses du remède, dans la grande majorité des cas. Les douleurs consécutives à l'accouchement n'ont pas réapparu dans 37 cas sur 50, dans les mêmes conditions, les récidives cédèrent rapidement dans 8 autres cas.

Dans 3 cas d'endométrite blennorrhagique, le résultat fut nul : dans d'autres cas, les douleurs cédèrent, mais il y a lieu de remarquer que les affections gonococciques douloureuses, paraissent être difficilement influencées.

L'aspirine ne modifie pas les contractions utérines, même dans les cas où elle supprime les douleurs qui accompagnent ces dernières.

En général, il faut 4 grammes environ d'aspirine pour provoquer des transpirations et de bourdonnements d'oreilles.

Si quatre doses de 0 gr. 50, données de demi heure en demi-heure, ne produisent aucun effet analgésique, il est inutile de continuer la médication. Ce dosage ne convient pas dans les cas de carcinome, dans lesquels il est préférable de s'en tenir à l'administration d'une dose de 1 gramme, prise en une fois.

E. Vogt.

Pharmacologie

Dr E. VOGT.

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

La question de la lécithine. Son emploi thérapeutique (*Wiener med. Wochenschrift*, nos 7, 8, 9, 1904). — Martell se sert d'une lécithine extraite, d'après ses indications, des centres nerveux de bœufs de 4 à 5 ans. Il a reconnu, au cours de ses expériences, que la lécithine extraite du cerveau n'est pas biologiquement identique à celle provenant de la moelle : il distingue entre la *lécithcérébrine* et la *lécithmedulline* (*sic*). Il a obtenu, chez un malade atteint de cancer de l'estomac, 20 minutes après l'absorption de vin à la lécithcérébrine, un sommeil paisible, alors qu'auparavant 0 gr. 02 de morphine ne produisaient qu'un sommeil agité. Chez des enfants, il a rapidement calmé des convulsions en faisant faire des frictions, sur le front et les tempes, avec une pommade à la lécithcérébrine. Ces mêmes frictions calment la migraine.

La lécithmédulline exerce une action spéciale, quand elle provient de la moelle allongée et cervicale, sur les troubles cardiaques nerveux, soit en frictions sur la région précordiale, soit à l'intérieur sous forme de vin à la lécithmédulline. L'auteur cite 6 cas de ce genre, ainsi que 2 cas d'insuffisance mitrale, guéris au bout de 8 semaines de traitement (!). Des effets diurétiques furent en outre observés dans un cas de rétrécissement aortique avec anasarque; de 200 grammes au premier jour de traitement, la quantité d'urine montait au 10e jour à 2.500 grammes. Les phénomènes de stase disparurent à ce moment.

La lécithmédulline provenant du renflement lombaire a exercé une action considérable sur

les gastralgies nerveuses, la constipation chronique, les troubles urinaires consécutifs à la parésie vésicale sénile, l'impuissance, l'obésité.

E. Vogt.

Digestion et absorption de l'hémoglobine, par Halliburton (*Brit. med. Jour.*, 9 avril 1904). — L'auteur a d'abord recherché l'influence des sucs digestifs sur l'hémoglobine. L'addition de salive n'a aucune action, sauf celle d'un simple dissolvant. Si l'on fait intervenir l'acide chlorhydrique, on obtient de l'hématine acide. Dans une solution de pepsine chlorhydrique maintenue à une température de 40°, l'hématine acide se précipite en une substance marc de café, puis au bout de quelques heures apparaissent des albumoses et de la peptone dérivées de l'hydrolyse des substances protéiques de l'hémoglobine; l'hematine se separe sous forme de précipité. Avec le suc pancréatique, il se forme un produit qui reste dissous et qui semble plus apte à être absorbé. L'auteur ensuite a fait ses expériences sur l'absorption de l'hémoglobine en ajoutant cette substance aux aliments.

L'administration de l'hémoglobine aux animaux (rats) augmente le nombre de leurs globules rouges ainsi que la quantité de l'hémoglobine du sang. Il y a tout lieu de croire que l'hemoglobine est absorbée en nature. La région principale où cette substance est absorbée est la portion pylorique de l'estomac et les premières parties du duodénum. La rate semble être le principal organe d'emmagasinage. Dans l'estomac, l'hémoglobine est convertie en hématine acide. C'est le pigment de ce que les cliniciens appellent marc de café dans les cas d'hématémèse. L'hématine formée se précipite lentement et ne passe pas à travers le papier parchemin. Elle semble donc peu apte à l'absorption. Le suc pancréatique cependant la dissout rapidement en la transformant en hématine alcaline qui traverse le papier parchemin. L'absorption se fait aussi dans les premières parties du duodénum. Plus bas, la réaction devient plus acide et l'absorption cesse.

L. Jumon.

Contribution à l'action diurétique de le théocine, surtout dans les cas de néphrite aiguë (*Therap. Monatshefte*, avril 1904). — Hundt rappelle que l'action de la théophilline synthétique ou théocine ne semble pas jusqu'ici aussi nettement favorable dans les cas d'œdème brightique que dans l'œdème cardiaque. Dans la néphrite aiguë surtout, on n'a enregistré jusqu'ici, à peu d'exceptions près, que des résultats négatifs.

L'auteur, dans quatre cas de néphrite chronique, n'a obtenu que des effets peu marqués: la diurétine est certainement plus active. En revanche, dans sept cas de nephrite aiguë, il a obtenu cinq succès, en administrant alternativement la théocine et la diurétine. En général, la théocine fut donnée aux doses de 0,15 à 0,10 grammes quatre a cinq fois par jour : chez les enfants, les doses sont de 0,03 à 0,05 grammes, trois à quatre fois par jour. Dans un cas, la médication, même à tres faibles doses, a provoqué des crises épileptiformes.

Dans la cirrhose hepatique, les résultats furent négatifs : il en a été de même dans un cas de leucémie splénique.

Comme troubles accessoires, l'auteur a fréquemment noté des diarrhées profuses, et chez les enfants une tendance aux vomissements, s'atténuant d'ailleurs avec le temps.

Il est bon, quand on se trouve en présence d'œdèmes cardiaques, d'ajouter de la digitale au médicament; on prescrira par exemple:

Théocine...	0 gr. 15
Poudre de digitale.....	0 gr. 10

Pour une poudre ; une poudre toutes les deux heures. En cas de diarrhee, on ajoutera de l'extrait thebaïque a la théocine.

Si l'on donne ce diurétique plusieurs jours de suite, il n'exerce plus son action : dans ce cas, on suspendra la médication pendant deux jours pour la reprendre ensuite; l'augmentation de la diurèse se manifeste alors de suite.

E. Vogt.

Expériences cliniques concercant un hypnotique nouveau, l'isopral (*Therapie der Gegenwart*, n° 2, 1904). — Urstein a etudie le trichloroisopropylalcool (*isopral*), corps voisin de l'hydrate de chloral, se présentant sous l'aspect de cristaux d'odeur aromatique, rappelant celle du camphre, fondant à 49°, soluble dans l'eau, l'alcool et l'éther. L'isopral est rapidement résorbé : il est beaucoup moins toxique et deux fois plus actif que le chloral : le sommeil obtenu est calme et profond.

L'auteur l'a administré à des doses variant de 0 gr. 5 à 2 grammes (dose exceptionnelle), en pastilles contenant soit 0 gr. 25, soit 0 gr. 50 de principe actif. L'effet est rapide, il se produit parfois déjà au bout de dix minutes. Le sommeil dure de six à dix heures.

Les sujets traités etaient atteints de diverses affections mentales : les résultats les plus marqués furent obtenus dans les états mélancoliques et maniaques avec dépression. Dans les cas graves, on dut donner jusqu'à 1 gramme à 1 gr. 50 à la fois : dans la manie furieuse, on

administre 2 grammes par dose. Chez des malades atteints d'insomnie chronique, l'auteur a pu étudier comparativement les divers hypnotiques et il estime que l'isopral est l'égal du véronal et surpasse le trional.

On n'a pas enregistré d'effets cumulatifs : il a même été souvent possible de donner des doses progressivement diminuées (minimum 0 gr. 25) : on s'est toujours mis à l'abri de la suggestion par les supercheries ordinairement usitées. On n a pas observé d'accoutumance.

On n'administrera pas l'isopral aux cardiaques, ni aux artériosclereux.

Il est difficile de contrôler, chez des déments, les effets accessoires d'un médicament : objectivement, on n'observa aucun trouble, à l'exception de quelques cas de polyurie.

E. Vogt.

L'isopral (*Die Heilkunde*, mars 1904). — Raimann a expérimenté l'isopral soluble dans la proportion de 1 : 30 à 19° dans l'eau ; la préparation, placée sur la langue en nature, provoque une cuisson légère : son odeur est aromatique.

L'auteur, assistant à la clinique psychiatrique du Pr v. Wagner à Vienne, a fait prendre à des maniaques agités des doses croissantes : ce n'est qu'à la dose de 1 gr. que 8 malades sur 16 dormirent pendant 1 à 1 1/2 heure. Le sommeil se manifeste sans période d'excitation au bout de 5 minutes environ : il a été très léger. Deux malades, qui prirent en une fois 1,5 gr., dormirent pendant 4 à 5 heures, le pouls et la respiration ne furent pas influencés.

Ces essais préparatoires furent continués sur des malades atteints de psychoses diverses : 22 malades reçurent des doses de 1 gr. à la fois. On constata que les variations individuelles étaient assez grandes, mais, parmi les succès, on en compte chez lesquels les autres hypnotiques étaient restés sans effet. Le réveil est toujours très facile et agréable ; rarement il y eut un peu de migraine.

L'isopral étant volatil, on ne put le prescrire en poudre. Il fut donné en comprimés : on se rappelera que ces derniers aussi perdent à la longue un peu de leur substance active.

On peut le prescrire en liquide, en corrigeant le goût par un sirop aromatique. Mais la préparation la plus avantageuse serait la capsule de gélatine.

Les meilleurs résultats furent obtenus chez les neurasthéniques et les alcooliques.

E. Vogt.

La pommade au fétrone (*Therap. Monatshefte* avril 1904). — Saalfeld a expérimenté cet excipient nouveau, découvert par Liebreich ; il représente un mélange de 3 0/0 d'anilide d'acide stéarique et de 97 0/0 de vaseline jaune. Le produit est de couleur jaunâtre, inodore, plus solide que la vaseline : le point de fusion est à 68°.

Cet excipient possède la propriété d'absorber une quantité suffisante d'eau pour permettre l'incorporation des médicaments usuels : si on y ajoute un peu de lanoline anhydre, cette propriété est exaltée à un haut degré : elle dépasse alors de beaucoup la faculté d'absorption inhérente à la quantité de lanoline ajoutée.

La peau absorbe le fétrone, alors qu'elle n'absorbe pas la vaseline : le degré d'absorption est inférieur à celui de la lanoline. La pommade ne rancit jamais.

L'auteur a expérimenté le fétrone dans 245 cas de dermatites : il n'a jamais observé d'irritation cutanée à la suite de son emploi. La pâte de zinc au fétrone exerce une action siccative beaucoup plus énergique, dans les cas d'*eczémas suintants*, que la pâte de zinc ordinaire.

Pour calmer le *prurit du lichen ruber* et des *eczémas prurigineux*, on obtient d'excellents résultats avec la formule suivante :

Menthol.....	0 gr. 5 à 1 gr.
Huiles d'olives.....	3 grammes
Bromocol soluble.....	5 —
Sublimé corrosif.....	0 gr. 05
Acide phénique liquifié	2 grammes
Pâte de zinc au fétrone ad	50 grammes

Us. Ext.

Les substances actives usuelles en dermatologie (acide pyrogallique. résorcine, naftalan etc.. etc.) s'incorporent facilement à l'excipient nouveau.

Chez deux malades qui ne supportaient pas l'onguent napolitain ordinaire, on remplaça par le fétrone l'excipient officinal et on put terminer le traitement sans incident.

Dans le but de provoquer de l'irritation cutanée, l'auteur a fait préparer un excipient avec 10 0/0 d'anilide d'acide stéarique ; il rend des services dans ces cas d'*ulcère de jambe atonique*.

E. Vogt.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Hôtel-Dieu. — Le Dr Lucas-Championnière a repris ses leçons de clinique chirurgicale (amphithéâtre Desault), le jeudi 21 avril, à dix heures, et les continuera les jeudis suivants. Opérations avant la leçon. Opérations abdominales le mardi. Visite dans les salles le mercredi (hommes, hernies), salle Saint-Cosme. Le samedi (femmes), salle Sainte-Marthe.

Cours pratique sur les maladies de l'estomac (sous la direction de M. le Dr A. Mathieu). — M. le Dr Jean Ch. Roux, ancien interne des hôpitaux, assistant de la consultation des maladies de l'estomac à l'hôpital Andral et M. le Dr A. Laboulais, ancien interne en pharmacie des hôpitaux, chef de laboratoire de M. le Dr A. Mathieu, commenceront un cours théorique et pratique sur les maladies de l'estomac, le *mercredi 18 mai.*

Le cours sera complet en un mois et aura lieu au laboratoire de l'hôpital Andral, 35, rue des Tournelles, à 5 heures et demie du soir.

Les travaux pratiques (examens du suc gastrique et autres procédés de diagnostic) auront lieu les mêmes jours, de 4 heures un quart à 5 heures un quart, avant le cours. Il sera constitué des séries par ordre d'inscription.

Pour les renseignements et l'inscription, s'adresser au laboratoire de l'hôpital Andral, 35, rue des Tournelles, tous les matins de 8 heures à midi, et tous les soirs, de 1 à 6 heures, sauf le mercredi.

Infirmerie spéciale de Saint-Lazare, 107, faubourg Saint-Denis. *Cours complets élémentaires et pratiques de vénéréologie et gynécologie* (année 1904), Ces cours sont faits deux fois par an par les médecins et chirurgiens de l'infirmerie spéciale de Saint-Lazare.

La deuxième série de ces cours commencera le mardi 10 mai, à dix heures et demie, et se continuera les jeudi, samedi et mardi suivants à la même heure.

Ce cours sera fait :

Le mardi, par M. le Dr Verchère. Syphiligraphie.

Le jeudi, par M. le Dr Jullien. Vénéréologie.

Le samedi, par M. le Dr Ozenne. Maladies du sein.

Et sera complet en dix-huit leçons.

Seront admis à suivre ces cours les docteurs et les étudiants en médecine, pourvus de 16 inscriptions qui se feront inscrire chez le directeur de Saint-Lazare.

Voyages d'Etudes Médicales aux Stations Hydrominérales et Climatiques de France. — V. E. M. 1904. — Le 6e voyage d'études médicales aura lieu sous la Direction scientifique du Professeur Landouzy, du 3 au 15 septembre 1904.

Il comprendra les Stations du Centre et de L'Auvergne; Néris, Évaux, La Bourboule, Saint-Nectaire, Royat, Chatel-Guyon, Vichy, Bourbon-l'Archambault, Bourbon-Lancy, Saint-Honoré, Pougues — les Sanatoriums de la Motte-Beuvron et de Durtol — les Stations climatiques de Vic-sur-Cère et du Lioran.

Le Programme détaillé sera publié en mai 1904 par le Doct. Carron de la Carrière, Organisateur des V. E. M., 2, rue Lincoln, Paris.

Nécrologie, M. le Dr Jacques Raimondi, chevalier de la Couronne d'Italie, membre fondateur du Syndicat des médecins de la Seine, membre fondateur de la Société française d'hygiène, vient de mourir, le 7 avril 1904, dans sa soixante-quatorzième année.

D'origine italienne, le Dr Raimondi fut, durant la guerre de 1859-1860, médecin à bord de la *Provence*, qui conduisit les volontaires garibaldiens, en Sicile. Il vint s'installer à Paris en 1864, où il fut en rapport avec Claude Bernard, Velpeau et Trousseau, Durant l'épidémie de choléra qui sévit si fort à Montmartre en 1865-1866, il se mit à la disposition de la municipalité et son dévouement lui valut une grande médaille d'honneur de la Société d'encouragement au bien. Peu après, il fondait avec Pietra-Senta le *Journal d'hygiène* et la *Société française d'hygiène*, et organisait le service médical de la Société de bienfaisance italienne.

En 1870, il dirigea à Paris l'ambulance de la rue du Mont-Cenis et la ville de Paris lui décerna une grande médaille d'argent. M. Rai-

mondi a fait de nombreux travaux sur le traitement de la tuberculose, présentés au Congrès de 1888 et de 1889.

D'une ressemblance physique surprenante avec Tolstoï, il partageait les hautes idées philosophiques et morales du grand écrivain russe. M. J. Raimondi était le père de notre confrère, le Dr J. Raimondi, directeur de la *Revue de puériculture*, auquel nous adressons nos plus sincères condoléances,

BIBLIOGRAPHIE

Manuel pour l'étude des maladies du système nerveux, par le Dr Maurice de Fleury, 1 fort volume grand in-8° avec 133 gravures en noir et en couleurs, cartonné à l'anglaise, 25 fr. (Félix Alcan, éditeur).

On sait avec quelle méthode et quelle clarté le Dr Maurice de Fleury traite tous les sujets qu'il aborde.

Ces qualités, qui ont fait le succès de l'Introduction à la médecine de l'esprit et des Grands symptômes neurasthéniques, il les a apportées à la conception et à la rédaction de l'ouvrage qui paraît aujourd'hui.

La première partie du volume est consacrée à préciser minutieusement les règles qui doivent présider à l'examen d'un malade du système nerveux. C'est le schéma très détaillé d'une observation clinique, type et complète.

La seconde partie est une anatomie très claire du système nerveux central. Illustré de très nombreuses figures schématiques ou d'après nature, ce long chapitre est appelé à rendre les plus grands services aux étudiants et aux médecins peu familiarisés avec la morphologie et la structure de la moelle épinière, des nerfs, du bulbe, de la protubérance, du cerveau et du cervelet. Ces deux premières parties constituent une innovation des plus heureuses.

Les autres parties de l'ouvrage, consacrées à l'étude des maladies de la moelle, du bulbe, de la protubérance, du cerveau et du cervelet, aux maladies des méninges, des nerfs périphériques, des troubles trophiques et nervomoteurs, des névroses, sont rédigées avec beaucoup de lucidité, dans une forme très simple et très claire. Bien qu'il s'agisse, selon l'auteur, d'un simple manuel, l'ouvrage du Dr Maurice de Fleury est cependant au courant des notions les plus modernes au point de vue clinique et anatomopathologique. La partie thérapeutique a été l'objet de soins spéciaux.

Ce volume de 1.000 pages est illustré de nombreuses figures et comprend une table des noms d'auteurs cités. Il est appelé, sans aucun doute, au même succès que les précédents ouvrages du Dr Maurice de Fleury.

Isolement et psychothérapie. *Traitement de l'hystérie et de la neurasthénie. Pratique de la rééducation morale et physique*, par les Drs Jean Camus et Ph. Pagnez, anciens internes la Salpêtrière. Préface de M. le Pr Déjerine, médecin de la Salpêtrière. 1 fort vol. gr. in-8°, 9 fr. (Félix Alcan, éditeur).

Le traitement des psycho-névroses subit actuellement une transformation complète et le médecin, s'éloignant chaque jour davantage des pratiques plus ou moins mystérieuses employées dans ce domaine, cherche aujourd'hui à agir sur le moral de ses malades en s'adressant à leur raison et à leur volonté.

L'isolement ne suffit pas comme *système* thérapeutique. C'est un *moyen* seulement de mettre en œuvre le traitement moral du sujet, c'est-à-dire la psychothérapie.

L'ouvrage de MM. Camus et Pagnez se divise en trois parties. Dans la première, ils font l'historique de l'isolement et passent en revue les différents procédés, anciens et nouveaux, employés pour guérir par la psychothérapie. La deuxième partie est un exposé de la méthode : *isolement et psychotérapie* ; les auteurs en donnent l'explication et les règles, basées sur des données psychologiques et physiologiques. La troisième partie relate un certain nombre d'observations dont les résultats confirment nettement la théorie des auteurs.

Ce livre est, en résumé, un exposé de la méthode de traitement des psycho-névroses employée depuis longtemps déjà et avec des résultats si brillants par le Pr Déjerine ; c'est presque un traité de psychothérapie, et il inté-

ressera tous ceux, savants ou curieux, que préoccupent les ravages de la neurasthénie et des autres névroses si communes à notre époque.

Guide pratique d'Urologie clinique, par le Dr J. André chef du laboratoire des clinique à l'Ecole de médecine de Marseille. 1 vol. in 18 de 238 pages, avec figures, cartonné : 3 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.

Chargé d'initier les élèves en médecine aux travaux du laboratoire, véritable point d'appui de la clinique, le Dr André a pensé leur être utile en leur présentant, sous une forme raisonnée, simple et concise à la fois, les principaux objets de cet enseignement.

Dans son *Guide d'urologie clinique*, le Dr André s'est attaché d'abord, après avoir étudié la vie cellulaire normale, à déterminer la caractéristique de la vie cellulaire pathologique, tâchant ainsi d'expliquer les modifications essentielles du liquide urinaire pendant la maladie. Il étudie ensuite :

1° Les *corps anormaux* : les albumines urinaires, le glycose, l'acétone ; 2° les *matières colorantes et les acides d'origine biliaire :* indican ou indigogène, urohénatine, diazoréaction d'Ehrlich, leucine et tyrosine, cystine, alcaptone, graisse et urine chyleuse, les principaux médiments facilement décelables ; 3° les *sédiments de l'urine* : sédiments non organisés (acide urique, urates, oxalates, phosphates, carbonates, calculs urinaires), sédiments organisés (cellule, cylindres urinaires, spermatozoïdes, parasites animaux, bactéries).

L'examen de la *perméabilité rénale* fait l'objet d'un chapitre spécial, dans lequel M. André expose la recherche de la toxicité urinaire, et les épreuves de l'iodure de potassium, du salicylate de soude, du bleu de méthylène, de la rosalinine, de la phloridzine.

Il consacre plusieurs chapitres à la *cryoscopie des urines*, expose la théorie de Koranyi et son application au diagnostic et au pronostic des affections du cœur et des reins ; la diurèse moléculaire ; et montre les résultats indiscutables obtenus par la cryoscopie des urines dans les maladies du cœur et dans les néphrites.

Permettre au médecin de pratiquer lui-même rapidement et sûrement une analyse d'urine, l'aider à raisonner et à interpréter utilement les résultats de cette analyse, tel est le but du livre de M. André.

Hernies (*Hygiène et Thérapeutique*) par le docteur Lucas Championnière, membre de l'Académie de médecine, 1 vol. in-18 jésus, prix : 4 francs, J. Rueff, éditeur, 105, boulevard Saint Germain, Paris.

Le livre que vient de publier M. Lucas Championnière n'a point de précédent dans la littérature médicale.

L'auteur qui, le premier en France, a établi la possibilité et la nécessité de guérir la hernie par une opération radicale, constatant que, quoi qu'on fasse, l'immense majorité des hernieux continuera à vivre sans opération, a consacré au traitement palliatif un manuel concis de l'application des bandages et de tous les soins que le médecin doit au hernieux.

Personne, élève ou médecin, ne saurait se passer de ce livre écrit dons un but pratique.

Après un court chapitre relatif à l'anatomie et aux indications de la cure radicale on trouve les notions indispensables pour l'application des bandages puis l'hygiène du hernieux, hygiène du mouvement, le choix des sports, l'hygiène de la peau, l'hygiène alimentaire et l'hygiène intestinale.

Le chapitre fondamental, le plus original, est celui qui termine. C'est une étude par des figures des variétés les plus répandues des bandages tels qu'on les trouve dans le commerce, tels qu'on les construit sur des indications précises. Chacune des figures qui les représente reçoit une explication pratique.

La pratique véritable de la chirurgie herniaire échappait au médecin. M. Lucas Championnière estime qu'il est urgent de restituer au corps médical, la direction de cette thérapeutique intéressante au plus haut degré pour le hernieux et pour le médecin.

Nile Imprimerie. E. Lasnier directeur, 35 37 rue St-Lazare. Paris *Le Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL

TRAVAUX ORIGINAUX

LE RÉGIME SUCRÉ

Par le Dr LAUMONIER

Le sucre jouit, depuis les recherches de Rubner surtout, et l'établissement du principe de l'isodynamie, d'une grande vogue au point de vue alimentaire. Cette vogue, d'ailleurs, est corrélative de l'introduction de la notion d'énergétique en Physiologie, notion qui a pris une si grande place que, dans l'établissement des rations, on tient aujourd'hui à peu près exclusivement compte de la valeur thermique des aliments, leur valeur plastique passant, pour ainsi dire, au second plan.

Physiologiquement, le rôle du sucre n'est point douteux. Quelle que soit son origine, qu'il provienne de l'hydrolyse des amyloses, ou du dédoublement des saccharoses et des glucoproteïdes, il sert exclusivement à former le glycogène, lequel est ultérieurement utilisé, après mobilisation, pour les dépenses énergétiques de l'économie. Très minime semble être la proportion de glucose qui, sans passer par la phase de fixation que représente, le glycogène est directement réduite en eau et en acide carbonique. Même dans le diabète, la cellule hépatique n'est pas incapable de faire du glycogène; elle a seulement perdu la propriété de le fixer, ou, pour parler plus exactement, de fabriquer cette sorte de glycogène *combiné*, que Barfurth, Pflüger et Nerking ont mis en évidence. Quoi qu'il en soit du reste, c'est toujours sous cette unique forme de glucose que les divers hydrates de carbone pénètrent dans l'organisme et c'est aussi très vraisemblablement ce seul glucose qui se trouve ainsi fournir l'énergie nécessaire aux réactions assimilatrices et fonctionnelles. Dès lors, et puisque les divers hydrates de carbone ne valent, au point de vue diététique, que par la quantité de glucose qu'ils fournissent, il semble que l'on doive de préférence choisir, pour couvrir le besoin thermique, le sucre pur, soit saccharose, soit lactose, soit même glucose, — sucre qui a l'avantage sur les amyloses d'être débarrassé de toutes les impuretés (cellulose, nucléo-albumines, matières minérales inassimilables) que ces derniers peuvent contenir et d'être en conséquence rapidement élaboré par les sucs digestifs et absorbé par les muqueuses.

Telle paraît être l'idée maîtresse qui a conduit un certain nombre de médecins et même de physiologistes, à prescrire l'adjonction, à un régime toujours rigoureusement défini, de sucre chimiquement pur, dans le but d'économiser le travail digestif et même d'exercer une action prophylactique ou curative à l'égard de certains états morbides. L'admission du sucre pur, comme substitutif d'une partie ou de la totalité des hydrates de carbone naturels, — c'est-à-dire complexes — d'une ration, constitue ce que j'ap-

pelle le *régime sucré*, et ce que je me propose d'examiner ici, c'est la question de savoir si cette substitution est avantageuse ou non.

I

Parmi les régimes sucrés préconisés dans ces derniers temps, deux surtout méritent de nous arrêter quelques instants. Le premier est dû à M. Bardet qui l'emploie dans certains troubles profonds et tenaces des fonctions gastriques. Le second est celui que M. Barbier indique pour les enfants en bas-âge allaités artificiellement. Tous deux ont ceci de commun (et cette idée fondamentale se retrouve dans tous les régimes sucrés, quelle que soit l'indication thérapeutique spéciale qu'ils s'efforcent de remplir) que, la valeur thermique totale de la ration quotidienne étant prise avant tout en considération, le sucre n'est ajouté que pour parfaire cette valeur thermique de manière à ne pas dépasser la quantité de matières albuminoïdes strictement nécessaires pour couvrir les besoins de l'organisme en albumine. C'est donc la notion de l'isodynamie qui représente l'idée maîtresse et directrice, abstraction faite de la valeur métabolique réelle des substitutifs énergétiques choisis.

Voyons d'abord comment M. Barbier formule son régime des nourrissons alimentés avec du lait de vache.

Le savant clinicien commence par établir les besoins de l'enfant, aux différents mois de la première année, en albumine et en calories par kilogramme du poids vivant. Puis, admettant que le lait de vache vaut en moyenne 750 calories par litre, il montre que l'enfant au premier mois, ayant besoin de 82 calories par kilogramme, doit recevoir 108 grammes de lait de vache; mais cette dose renferme une quantité d'albumine bien supérieure aux besoins, qui sont seulement de 2 grammes. Si l'on restreint la dose du lait de vache de manière à ne donner à l'enfant que ces 2 grammes d'albumine, il ne lui reste plus que 55 grammes de lait par kilogramme, ration insuffisante au point de vue thermique (40 calories de déficit) et au point de vue de l'eau (60 grammes de déficit). Par conséquent, pour compléter la ration et parer à ces déficits, M. Barbier propose d'ajouter 60 grammes d'eau bouillie et 10 grammes de sucre (lactose ou saccharose), valant, en effet, 40 calories environ. On arrive ainsi à la ration alimentaire suivante, par kilogramme du poids pour un enfant au premier mois.

Lait de vache	55 grammes
Eau	60 —
Sucre	10 —

A six mois, les proportions changent, car le nombre des calories nécessaires tombe à 74 par kilogramme, et l'albumine à 1 gr. 36 seulement; d'où cette ration:

Lait de vache	40 grammes
Eau	72 —
Sucre	12 —

valant au total 75 calories par kilogrammes.

A un an enfin, il ne faut plus que 71 calories et 1 gr. 16 d'albumine par kilogramme et nous avons alors la formule suivante :

Lait de vache	32 grammes
Eau	78 —
Sucre	12 gr. 5

La ration totale sera donc, avec des poids moyens, de:

	Poids moyen	Lait de vache	Sucre	Eau	Calories
1 mois.....	4.000 gr.	230 gr.	40 gr.	240 gr.	328
6 mois.....	7.000 —	280 —	84 —	504 —	525
12 mois.....	8.500 —	272 —	100 —	660 —	603

M. Barbier, toutefois, reconnaissant les inconvénients d'une aussi forte dose de sucre pour un enfant d'un an, propose de remplacer la moitié de cette dose par un jaune d'œuf et 50 grammes de crème fraîche. Nous reviendrons sur ce point, bien qu'il s'éloigne du régime sucré pur que nous avons ici spécialement en vue.

Le régime de M. Bardet, qui a été l'instigateur de la restriction alimentaire instituée en vue du traitement des dyspepsies hypersthéniques principalement, ne diffère en rien de celui de M. Barbier. Bien qu'antérieur à ce dernier, on peut dire qu'il est fondé sur les mêmes besoins et utilise les mêmes calculs : la seule différence appréciable est qu'il reste constant, l'équilibre nutritif une fois atteint, puisqu'il n'y a pas à tenir compte, chez l'adulte, des nécessités de l'accroissement. Mais si l'accroissement n'entre plus en jeu, un autre facteur intervient, c'est le travail, et M. Bardet pense que la dépense énergétique qu'entraîne ce travail peut être parfaitement couverte par la simple adjonction à la ration de lait, par exemple, d'une quantité de sucre isodyname à la dépense. Ainsi pour couvrir une dépense surajoutée de 423 calories, répondant au travail de l'ascension d'une montagne de 3.000 mètres par un homme pesant 60 kilogrammes, il suffirait d'ajouter à la ration une centaine de grammes de saccharose pur, dont la valeur thermique est en effet de 4 calories 1, par gramme.

En somme, deux éléments essentiels dans le régime sucré : d'une part l'aliment albuminoïde qui fournit une quantité d'albumine invariable dans les conditions d'âge et de poids donnés, et, d'autre part, une quantité de sucre pur destinée à couvrir le besoin thermique et qui varie suivant le travail, sans influencer la ration d'albumine correspondante.

II

Avant d'aller plus loin, nous devons nous demander quels résultats cliniques ont été obtenus par l'emploi de ces régimes. M. Bardet, dans son auto-observation, se montre particulièrement satisfait de la diététique qu'il a adoptée, ce qui n'a pas lieu de nous surprendre, puisque les dyspeptiques hypersthéniques ne peuvent utiliser et supporter qu'un minimum d'aliments, que réalise précisément la restriction d'albumine du régime. M. Barbier, à l'appui de son intéressant rapport *sur la ration alimentaire des nourrissons*, cite un certain nombre d'observations où nous voyons en effet des petits enfants, qui avaient présenté des troubles plus ou moins accusés à la suite d'une alimentation exagérée ou mauvaise, se rétablir et parcourir une courbe de poids très satisfaisante après qu'ils eurent été mis au régime de la réduction de l'albumine, si efficace, assurément toutes les fois qu'il y a altération fonctionnelle de l'appareil digestif et de ses annexes. Malheureusement, tout cela ne nous apprend pas grand'chose du rôle particulier que peut avoir, dans les améliorations constatées, l'adjonction du sucre au régime, au lieu et place de tout autre aliment plus complexe, mais également riche au point de vue thermique. L'augmentation de poids ne saurait être d'ailleurs considérée comme un critérium bien sûr, attendu qu'elle peut parfaitement coïncider avec une destruction plastique (ou protoplasmique) exagérée. C'est ce que l'on observe chez certains tuberculeux qui engraissent, tout en éliminant une quantité de déchets azotés supérieure à celle que pouvaient fournir les aliments de leur ration, ce qui prouve que l'on peut accumuler des réserves ternaires tout en consommant exagéremment les tissus vivants.

Les expériences sur la valeur métabolique du régime sucré sont encore rares. On peut cependant rappeler celle qui a été faite, en Allemagne, sur des chiens de chasse. Ces chiens, réduits à la ration minima d'albumine, mais abondamment fournis de sucre, ont rapidement fait de l'autophagie, avec déminéralisation intense, due en partie, sans doute, aux troubles digestifs que le sucre en excès avait produit, et Rosenheim attribue à la diminution, dans la ration, des lécithines et des matières minérales, par le fait de l'emploi du sucre, pur, les accidents observés. Des chevaux à l'entraînement, auxquels on avait donné du saccharose, au lieu de betteraves et de carottes, n'ont pas tardé, sans d'ailleurs perdre sensiblement de poids (par compensation des réserves sans doute), à éliminer en excès les déchets azotés, l'acide hippurique et les matières minérales, résultat que Gaube (du Gers) a très justement interprété en disant que tout tissu, dont la dominante minérale apparaît abondamment dans les urines, se détruit. Weeks, je crois, a constaté que, dans des ascensions alpines, l'élimination urinaire azotée et minérale, était notablement plus forte quand il consommait du sucre pur que lorsqu'il usait simplement de pain ou de pâtes alimentaires ou même de fruits sucrés, comme les dattes ou les figues. Enfin qu'il me soit permis de compléter ici l'histoire d'un homme de 32 ans, dont j'ai déjà parlé dans un récent article du *Bulletin général de Thérapeutique* (n° du 15 février 1904). Cet homme, réduit à l'immobilité par une fracture simple du tibia, et se portant bien par ailleurs, avait pu maintenir, pendant plus de trois semaines, son équilibre azoté avec une ration qui n'avait jamais dépassé 0 gr. 60 d'albumine par kilogramme et par jour. Lorsqu'il fut tout à fait rétabli et put vaquer à ses occupations (il est placier en produits pharmaceutiques), la ration d'albumine fut maintenue presque exactement au même taux et on se contenta de couvrir l'excès de dépenses énergétiques résultant de son travail, par une ration de sucre qui s'éleva jusqu'à 180 gr. Très rapidement, et sans qu'aucun trouble digestif apparût, il y eut autophagie, constatée par un excès d'urée relativement à la quantité d'aliments azotés ingérés et affaiblissement progressif, mais tout rentra dans l'ordre aussitôt que l'on substitua à la plus grande partie de sucre une valeur isodyname en pommes de terre et en pain, aliments qui n'élevaient que faiblement la teneur de la ration en albumine (0.80 au total par kilogramme), mais augmentaient plus sensiblement celle des matières minérales. On peut conclure de là qu'une substance uniquement dynamogène, comme le sucre, n'est sans doute pas capable, à elle seule, de couvrir les dépenses multiples (métaboliques et énergétiques) que comporte l'exécution d'un travail.

III

Il est assez facile d'interpréter les observations et les expériences que nous venons de rappeler brièvement, en examinant d'un peu près les conditions des phénomènes intimes de la nutrition, de l'assimilation.

En premier lieu, l'idée de tenir à peu près exclusivement compte, dans l'établissement des rations, de la dépense énergétique, provient d'une comparaison commode, mais absolument erronée, entre l'organisme vivant et la machine industrielle. Pour que cette machine donne un certain travail, il suffit de lui fournir une quantité de combustible déterminée par le rendement de la machine, qui d'ailleurs s'use et s'encrasse plus ou moins par son propre fonctionnement. Il n'en est pas du tout ainsi de l'organisme vivant, qui, bien loin de s'user par le fonctionnement, comme on le croit vulgairement, augmente au contraire la masse de ses substances plastiques. Cl. Bernard et son école qui compte, même aujourd'hui, tant de représentants, enseignaient que l'organisme s'use

en fonctionnant et répare ultérieurement ses pertes par le repos, mais cette doctrine est absolument contredite par l'observation des faits les plus simples. Si, en effet, le fonctionnement entraînait l'usure, tout organe très actif, ayant par conséquent un repos plus court, si l'on veut, que la durée du travail, devrait rapidement s'amoindrir et s'atrophier, et l'on arriverait ainsi à cette conclusion absurde que tout organe actif et par conséquent utile tend à disparaître. Il n'est pas besoin d'insister pour montrer que c'est le contraire qui se produit. Un muscle qui travaille énergiquement se développe et grossit (mais il peut maigrir, cela va sans dire, quoiqu'il consomme ses réserves énergetiques représentées par la graisse), tandis qu'un muscle laissé au repos, pour une raison ou pour une autre, s'atrophie et dégénère. C'est là du reste ce que constate la sélection naturelle, développement des organes utiles, disparition des organes inutiles. Il en résulte que fonctionnement et assimilation sont inséparables et que, comme le dit Le Dantu, à qui l'on doit les vues nouvelles à cet égard, *l'assimilation est fonctionnelle*. Par là s'explique que les organes au repos s'atrophient et dégénèrent, puisque ne fonctionnant, ni par suite n'assimilant, ils se détruisent sous la seule influence de conditions chimiques ordinaires.

Mais s'il en est ainsi, si l'organe qui fonctionne assimile simultanément, c'est-à-dire fait la synthèse et augmente la masse de ses substances plastiques, il est évident qu'il ne consomme pas seulement les matériaux purement dynamogènes et qu'il a en même temps besoin d'aliments assimilables, capables d'entrer dans la trame vivante. Quand, pour parer à un certain travail, on augmente la ration, réduite à la valeur d'entretien en ce qui concerne l'albumine, d'une quantité isodyname par rapport à ce travail, d'une substance purement dynamogène, comme la saccharose par exemple, on couvre bien la dépense énergétique, mais on ne satisfait pas au besoin correspondant d'aliments plastiques qui ont à participer à l'assimilation corrélative du travail fonctionnel. C'est alors aux tissus non actifs que ces aliments plastiques sont empruntés, d'où l'excès relatif d'urée et de matières minérales que l'on constate dans l'urine quand le travail fourni a été uniquement couvert par une substance dynamogène non plastique. Si cette situation était maintenue pendant un certain temps, il y aurait véritable autophagie et affaiblissement progressif, comme le constatent les expériences sur les chiens de chasse rapportées plus haut.

De ce qui précède, on doit conclure que, pour un individu en équilibre nutritif qui passe du repos à un travail effectif plus ou moins considérable, il ne suffit pas d'augmenter la ration d'aliments dynamogènes purs, comme le sucre, mais qu'il est nécessaire d'augmenter aussi la ration d'albumine, et c'est parce qu'on a négligé de parer à ce besoin plastique que les régimes sucrés ne donnent pas tous les résultats que les conceptions théoriques laissaient entrevoir. L'échec relatif des expériences faites en grand, dans l'armée allemande, quand on augmentait d'une manière disproportionnée le sucre pur de la ration, est là pour le prouver.

Malheureusement la question de savoir de quelle quantité il convient d'augmenter la ration d'entretien strict d'albumine, pour un travail donné, est encore très discutée. Je me contenterai donc de rappeler les quelques notions qui peuvent contribuer à élucider cette question. « Lawes et Gilbert, expérimentant sur des animaux domestiques, ont trouvé que 1.000 grammes d'aliments, ne donnent guère qu'une augmentation de poids de 90 grammes, et que, sur 1.000 grammes d'accroissement, il n'y a guère que 70 à 80 grammes de matières plastiques fixées (ration de travail). Rubner pense que, pour produire 42.600 kilogrammètres de travail effectif extérieur (100 calories), il faut ajouter à

la ration d'entretien 80 grammes d'hydrates de carbone et 16 grammes d'albumine, — ce qui répond pour un homme de 60 kilogrammes, à 0 gr. 25 d'albumine par kilogramme vivant. Tout récemment Siven est arrivé à des résultats analogues; il admet que la ration de travail ne doit pas dépasser 1 gramme d'albumine par kilogramme et par jour. » (1)

Mais l'assimilation n'exige pas seulement de l'albumine; elle exige aussi diverses matières minérales. Le rôle plastique de ces matières minérales, très négligé jusque dans ces derniers temps, commence à être apprécié à sa juste valeur. Les recherches de Socin, de Forster, de Lunyse, celles de Bunge, de Gaube (du Gers), celles, d'ordre un peu différent, de Charrier et de Springer, ont montré que les matières minérales sont indispensables à l'activité et à la vitalité des cellules vivantes. Ces notions premières ont été en parties éclaircies par les recherches de G. Bertrand, qui a constaté que le pouvoir fermentaire des oxydases en particulier, était lié à la présence de matières minérales et surtout de manganèse, dont la suppression a pour conséquence l'abolition de l'activité zymotique. Les travaux de Bredig, de Trilliat, de Robin et Bardet, confirment ces données, et permettent d'entrevoir l'importance capitale de la minéralisation pour la manifestation des phénomènes vivants. Herrena, de Mexico, va même jusqu'à soutenir que, dans l'assimilation et la synthèse organique, la minéralisation est le facteur essentiel, les albuminoïdes et, d'une manière générale, les matières azotées, n'intervenant qu'à titre de support dont l'instabilité chimique se prête merveilleusement aux actions qu'exercent les molécules métalliques.

Or, le régime sucré néglige le déficit des matières minérales, comme il néglige celui de l'albumine. Dans le fonctionement et l'assimilation que comporte la production d'un travail extérieur, il y a consommation ou, pour mieux dire, fixation de matières minérales plastiques, comme il y a fixation d'albumine. Il faut donc ajouter à la ration minima d'entretien, pour une dépense énergétique donnée, non seulement une valeur de sucre isodyname, mais encore une quantité correspondant à l'ampleur des synthèses organiques, c'est-à-dire à l'activité du fonctionnement, et d'albumine et de matières minérales. Malheureusement, nous sommes encore moins bien fixés, s'il est possible, sur la quantité de matières minérales dont il convient d'augmenter la ration d'entretien strict pour un travail donné que lorsqu'il s'agit de l'albumine, et tout se borne à quelques notions bien vagues sur les échanges minéraux totaux.

IV

Bien que nous soyons, comme on l'a vu, très mal renseignés sur la consommation d'albumine et de matières minérales qui répond à une dépense fonctionnelle donnée, les observations qui précèdent ne permettent pas de douter que cette consommation ait réellement lieu et ce n'est d'ailleurs que par elle que nous pouvons expliquer les résultats des expériences rapportées au cours de cet article. Il ne nous reste plus qu'à montrer, pour faire toucher du doigt, pour ainsi dire, les inconvénients et même les dangers d'un régime sucré trop rigoureux, que ce régime sucré ne tient pas suffisamment compte de cette double consommation.

Du régime sucré que M. Bardet préconise dans les affections gastriques hypersthénique, je ne dirai rien ici, à cause de son indication très formelle et très limitée qui ne permet pas d'en généraliser l'emploi chez des individus plus normaux.

(1) *Bull. général de thérapeutique*, 1904, I, p. 206.

Il en est autrement du régime sucré des nourrissons de M. Barbier, parce que ce régime doit théoriquement s'appliquer à tous les enfants allaités artificiellement, enfants que l'on peut considérer comme évoluant normalement sous le bénéfice de ce régime qui n'a du reste été constitué que dans ce but.

Lors de la discussion, à la Société de Thérapeutique, du rapport de M. Barbier, je me suis efforcé de mettre en évidence ce grave inconvénient du coupage et du sucrage du lait de vache, et je demande la permission de reproduire ici les arguments que je faisais valoir.

Voici d'abord le tableau de la ration d'un enfant normal de 3 mois, pesant 4 k. 900, suivant qu'il est au régime du sein ou au régime sucré.

	Régime	Régime sucré		
	du sein L. de femme	200 gr. de lait de vache	Eau et sucre	total
Eau	526	172	350	522
Albuminoïdes	11	8	0	8
Beurre	24	7	0	7
Sucre	36	10	50	60
Mat. minérales	3	1,5	0,35	1,85

« En comparant ces deux rations, disais-je, on s'aperçoit que l'enfant allaité artificiellement dispose d'une quantité de matières albuminoïdes et minérales, qui sont les matières plastiques par excellence, notablement plus faible que celle dont dispose l'enfant nourri au sein, et cette différence s'accroît encore si l'on tient compte du coefficient d'absorption du lait de femme et du lait de vache. Le lait de femme, d'après Uffelmann, est absorbé à 3 p. 100 près, tandis que le lait de vache ne l'est qu'à 10 p. 100. Il en résulte que si l'enfant nourri au sein dispose encore de 72 grammes d'aliments solides, l'enfant allaité au lait coupé n'en dispose plus que de 68 grammes. La chose s'aggrave particulièrement si l'on remarque que le déficit porte surtout, comme dans tous les coupages du reste, sur les matières minérales... Or, on déminéralise notablement plus par le coupage la ration de l'enfant que ne le fait la modification physiologique que le lait de femme subit dans sa composition, au cours de l'allaitement. On expose donc ainsi l'enfant, à la période la plus active de sa croissance, à une déminéralisation grosse de conséquence au point de vue de la résistance vitale et de la menace des infections (1).

M. Barbier, tant dans son rapport que dans sa réponse à mes objections, a, d'ailleurs parfaitement reconnu les inconvénients d'un sucrage exagéré et il propose en conséquence, comme substitutifs du sucre, un peu de crème fraîche et un jaune d'œuf ; je me suis entièrement rallié à cette substitution, le jaune d'œuf contenant des albumines, des graisses phosphorées et des matières vivantes. Mais cette adjonction ne peut guère se faire qu'à partir du 7e mois, et le déficit d'albumine et de sels apparaît bien avant cette époque. Comment donc le comblera-t-on sans tomber dans l'albuminisme qu'entraînerait une augmentation notable de la ration de lait de vache ? Il me semble, — et c'est à cette solution que je me suis arrêté — que l'on peut et que l'on doit recourir à la simple adjonction de lacto-sérum, d'ailleurs coupé ou non, mais en quantité suffisante pour couvrir à la fois et le déficit d'eau et le déficit de sucre et de matières minérales qu'entraîne la diminution de la ration de lait de vache pur. Des expériences en cours, dans le service de M. Maygrier et au sujet desquelles le Dr R. Blondel a bien voulu me fournir quelques renseignements, permettront bientôt d'être complètement fixé su

(1) *Bull. de la Soc. de Thérapeutique*, 23 déc. 1903, p. 516-517.

les avantages de ce mode de coupage, qui n'augmente pas sensiblement, il est vrai, la ration d'albumine, mais qui pare au danger de la déminéralisation.

En ce qui concerne les adultes, les inconvénients d'un régime sucré trop intense sont beaucoup moins à craindre, car ce régime sera toujours employé temporairement et dans des cas précis. Néanmoins si son usage prolongé était rendu nécessaire par l'état des fonctions digestives et hépatiques ou même rénales, il faudrait substituer, en valeur isodyname, au sucre pur ou au moins à une partie notable de ce sucre, les pâtes alimentaires, les petits beurrés et les décoctions de céréales, qui fournissent la faible quantité d'albuminoïdes et de matières minérales nécessaire à l'assimilation fonctionnelle correspondante.

Dr J. Laumonier.

TRAITEMENT DES EPITHELIOMES DE LA PEAU

Par le Dr Leredde. (1)

Il convient de réserver le nom d'épithéliomes cutanés à des proliférations épithéliales d'essence maligne, susceptibles d'une extension locale parfois indéfinie, et, dans certaines formes, de généralisation ganglionnaire et viscérale. Il faut cependant savoir, et c'est là une notion fondamentale au point de vue thérapeutique, qu'à de rares exceptions près, ces épithéliomes ont une évolution très lente pendant des mois et des années, que, dans tous les cas, le diagnostic en est possible, au moins par la biopsie et un examen microscopique des plus faciles, qu'ils sont essentiellement curables, et que dans les cas où ils arrivent à être au-dessus des ressources de la thérapeutique, la mauvaise direction, l'énergie insuffisante du traitement antérieur en sont presque toujours responsables. Le mot « noli me tangere » a causé la mort de nombreux malades, en empêchant beaucoup de médecins mal informés d'intervenir lorsque la guérison définitive peut être obtenue. J'accuserai en second lieu la multiplicité des méthodes proposées par les uns et par les autres; il importe de réduire la thérapeutique des épithéliomes de la peau à quelques procédés, que le médecin doit apprendre avant tout à manier correctement. Les meilleurs sont les plus simples parce qu'ils sont les plus faciles à appliquer.

L'épithéliome cutané atteint de préférence la face. Il se développe surtout chez des gens âgés, ou dont la peau présente des altérations séniles précoces; on l'observe plus souvent à la campagne, chez les sujets dont la peau a été exposée d'une manière continue au vent, à la chaleur et à la lumière solaire. Le point de départ est souvent un nævus (on sait que Unna a démontré la présence d'inclusions épithéliales dans le derme au niveau de certains nævi), une verrue sénile, ou une cicatrice. L'épithéliome peut également être consécutif aux lupus tuberculeux et érythémateux anciens, sclérosés spontanément, ou par les cautérisations et les scarifications, au psoriasis lichénifié, aux hyperkératoses arsenicales, etc. Il est l'aboutisaent naturel du xeroderma pigmentosum.

(1) Extrait de la *Thérapeutique des Maladies de la peau*, par le Dr Leredde, Paris, Masson et Cie édit., 1904.

Les épithéliomes cutanés sont souvent multiples chez un malade déterminé.

Je laisserai de côté les épithéliomes secondaires de la peau, consécutifs au cancer du sein, ou à d'autres localisation cancéreuses, et qui sont incurables.

Les épithéliomes primitifs peuvent être divisés en formes initiales et formes adultes (Leredde) (1).

Formes initiales. — Darier distingue un type papillaire, un type perlé, un type plan cicatriciel, l'épithéliome adénoïde bénin, l'ulcus rodens, l'épithéliomatose multiple sénile et la forme vulgaire.

Remaniant légèrement la division que j'ai admise dans le Traité Pratique de Dermatologie, j'étudierai successivement.

L'épithéliome verruqueux (ou papillaire),
Les cornes épithéliomateuses,
L'ulcus rodens,
L'épithéliome acnéiforme de la face (épithéliomatose multiple sénile de Darier),
L'épithéliome perlé (épithéliome plan cicatriciel de Darier),
L'épithéliome sudoriparé, l'épithéliome de Paget.

La forme vulgaire de Darier répond à ce que j'ai appelé l'épithéliome adulte.

Epithéliome verruqueux ou papillaire. — Les lésions s'observent à la face ; elles rappellent celles de la verrue sénile, à leur début : c'est-à-dire que l'on voit des masses saillantes aplaties, constituées par le groupement de petites végétations papillaires tassées les unes sur les autres, recouvertes d'une couche cornée épaisse, mollasse, graisseuse. L'état papillomateux augmente peu à peu, l'affection s'étend en surface et on constate de l'induration au niveau du derme superficiel. On peut du reste trouver de petites perles entre les végétations. Les diverses formes d'épithéliome ont, en effet, des connexions les unes avec les autres et leurs lésions peuvent s'associer.

Cornes épithéliomateuses. — Les lésions peuvent s'observer sur tous les points du corps : elles siègent de préférence au cuir chevelu et à la face ; leurs dimensions sont des plus variables, de quelques milimètres, dimensions habituelles, à 25 centimètres. Elles forment des masses allongées, dures, sèches, irrégulières de surface ; le tissu est identique à celui des cornes des animaux. Quand on détache ces masses de tissus cornés, on constate à la base un état papillomateux des plus nets.

Tantôt les cornes cutanées persistent indéfiniment sur la peau, en augmentant avec une extrême lenteur, tantôt elles tombent et on observe à leur base un épithéliome adulte.

Epithéliomes perlés. — Les perles épithéliomateuses sont de petites sphères, d'un blanc nacré, parfois rosées, extrêmement dures, mais s'écrasant sous le doigt après énucléation, incluses dans les couches superficielles de la peau. L'épithéliome est constitué par l'agglutination de plusieurs perles semblables ; au centre se forme ensuite une exulcération couverte d'une mince croûtelle très adhérente qui aboutit à une cicatrice plane blanche, tandis que de nouvelles perles apparaissent à la périphérie. A la limite de la cicatrice on trouve un ourlet mince et dur, sur lequel s'insèrent quelques perles isolées.

Ulcus rodens de Jacob. — Cette affection ne se rencontre qu'autour des paupières, à la limite antérieure du cuir chevelu, sur le nez (Darier). On constate une ulcération plane, sèche, à fond rouge vif ou jaunâtre, cicatrisée de place en place. Le bord est

(1) Leredde *in* Hallopeau et Leredde, *Epithéliomatose cutanée*, Traité pratique de dermatologie, p. 214.

extrêmement net. L'affection progresse avec une excessive lenteur en surface, et beaucoup plus lentement encore en profondeur.

L'épithéliome sudoripare est une curiosité dermatologique ; le diagnostic ne peut être fait que par la biopsie. Dans un cas de Besnier et Thibault, on constatait des nodosités dures, douloureuses, incluses dans le derme. Leur nature fut démontrée par Darier.

Epithéliomes acnéiformes de la face. (*Synonymie : Acné sébacée concrète, épithéliomatose multiple sénile*). — Il s'agit ici d'une maladie de la face, où les lésions d'épithéliomatose sont multiples et se rencontrent à tous les stades, et qui se développe chez des malades âgés, dont la peau a été soumise à tous les irritants externes, aux intempéries en particulier. On trouve sur la peau de la face des îlots hyperkératosiques gras ou secs, adhérents ; au-dessous d'eux la peau est finement papillomateuse, plus tard elles recouvrent une ulcération à bords nets, indiquant le début de l'épithéliome adulte : enfin on trouve des lésions limitées par un bourrelet, dur, d'épithéliome adulte. On peut observer d'autre part des cornes épithéliomateuses.

Epithéliomes de Paget. — La maladie de Paget est une affection du sein chez la la femme ; elle apparaît sur le mamelon : la rétraction de celui-ci est précoce. Au début existent des croûtes recouvrant une exulcération. Plus tard on constate une plaque arrondie ou ovalaire ayant le mamelon pour centre : les lésions ont un aspect brillant, une couleur rouge vermillon, la surface est grenue : on y voit des îlots épidermisés, des capillaires dilatés, des érosions plus ou moins superficielles et des croûtes ; la sécrétion est nulle ou modérée. Le bord est très nettement marqué, il est formé de segments de cercle.

Ces lésions donnent au doigt une sensation d'induration superficielle. Les ganglions axillaires sont intéressés d'une manière précoce : l'affection aboutit à un cancer du sein.

Épithéliomes adultes. — L'épithéliome adulte de la peau peut être consécutif aux types verruqueux, perlé, aux cornes épithéliomateuses, aux épithéliomes acnéiformes de la face. Parfois, il a de très bonne heure ses caractères fondamentaux, c'est-à-dire qu'on observe une masse saillante, à bords surélevés, limitant une ulcération plate. Cette ulcération est couverte d'une croûte très adhérente, les bords forment un bourrelet arrondi, mamelonné, extrêmement dur (signe essentiel pour le diagnostic), taillé à pic sur son bord interne. L'affection s'étend seulement en surface pendant une période assez longue ; mais un jour ou l'autre l'extension profonde se fait, l'épithéliome atteint l'hypoderme et même le squelette.

Diagnostic. — Je n'étudierai pas ici le diagnostic différentiel de l'épithéliome cutané, ne croyant pas très utile de rassembler les caractères essentiels des affections que l'on peut confondre avec lui ; le diagnostic, facile dans la plupart des cas, pour ceux qui ont l'éducation visuelle indispensable à la pratique dermatologique, l'est beaucoup moins pour le praticien, à la période initiale et dans les types un peu exceptionnels. Mais celui-ci doit se rappeler que, dans tous les cas où il existe une affection localisée à tendance extensive graduelle, le diagnostic doit être fait, et, en ce qui concerne l'épithéliome, lorsque la clinique ne suffit pas, le microscope permet toujours, avec la plus grande facilité, de reconnaître la nature des lésions. Il suffira d'enlever, avec un couteau de Græfe et des ciseaux fins, un petit fragment des tissus, à la limite des lésions, là où elles sont actives, là où l'induration est marquée, de le plonger pendant deux heures dans une

solution aqueuse de sublimé à 40 p. 1000, puis dans l'eau. Le médecin qui n'est pas histologiste trouvera sans difficulté un confrère compétent.

Inutile d'insister sur les aspects histologiques : on trouve dans le derme des bourgeonnements épithéliaux, des masses, comprenant des globes épidermiques au centre, ou des amas de cellules groupées comme dans des formations glandulaires, etc. La réaction conjonctive est plus ou moins marquée suivant les cas, suivant la gravité ou la bénignité des lésions.

Traitement. — Quel que soit le mode de traitement adopté pour un épithéliome cutané, il doit avoir pour but d'enlever intégralement le tissu malade, tant en profondeur qu'en surface. Toutes les fois qu'on interviendra par un procédé sanglant, qu'il s'agisse de curettage ou d'ablation au bistouri, on se rappellera qu'il convient d'éviter les inoculations épithéliomateuses, fréquentes dans ces conditions.

D'autre part, puisqu'il s'agit de lésions apparentes, et de nature maligne, il sera indispensable de tenir le malade en observation après le traitement, de surveiller la cicatrisation jusqu'à ce qu'elle soit terminée, d'intervenir de suite si, la cicatrisation faite, on observe un point malade ou simplement douteux et, dans la suite, de surveiller le malade tous les mois, puis tous les deux mois, pour voir ce qui ce passe.

Je classerai ainsi les divers procédés :

a) Ablation. Curettage. — *b*) Caustiques chimiques et Chaleur. — *c*) Photothérapie et radiothérapie. — *d*) Méthodes mixtes.

a) *Ablation. Curettage.* — Aux membres et sur le tronc tout épithéliome est justiciable de l'ablation large.

Les incisions seront faites de manière à porter, en toute certitude, uniquement sur des tissus sains. Il est certaines formes d'épithéliome où il est nécessaire d'enlever les ganglions, il s'agit de formes tellement malignes que cette précaution sera insuffisante à amener la guérison radicale : ces formes sont du reste absolument exceptionnelles.

Dans la maladie de Paget du sein, dont le diagnostic précoce peut être fait par l'examen histologique, l'ablation complète de l'organe avec curage de l'aisselle et ablation du grand pectoral s'impose.

A la face, où les considérations esthétiques reprennent leurs droits, il y a lieu d'employer en général d'autres méthodes, à condition qu'elles seront curatives et maniées de manière à l'être (1).

A la face, l'ablation me semble indiquée dans les circonstances suivantes : 1° Petits épithéliomes à base étroite. L'ablation peut se faire aux ciseaux, mais il faut avoir soin de cautériser la base au galvanocautère, à fond ; 2° Cornes épithéliomateuses. L'ablation sera faite à la base d'une manière large avec cautérisation de cette base ; 3° Enfin, dans les épithéliomes adultes qui, par leur volume, leur étendue en surface et en profondeur, ne paraîtront pas curables par d'autres procédés et où, par suite, les résultats

(1) Dans une discussion qui a eu lieu à la Société de Dermatologie, en 1901 et 1902, sur l'emploi du permanganate de potasse dans le traitement du lupus, j'ai été conduit à réprouver dans cette maladie l'emploi de toutes les méthodes qui ne sont pour moi que des méthodes d'amélioration et d'autant plus qu'elles donnent des améliorations plus satisfaisantes. Il s'agit, je le répète, de guérir les malades et non de les traiter. Dans l'épithéliome cutané, les mêmes observations s'imposent, avec la nuance suivante : les procédés qui sont employés peuvent tous être curatifs à la condition d'être maniés avec l'énergie nécessaire, la notion de leur action, et de la profondeur à laquelle on agit. Sinon leur emploi ne conduit qu'à des améliorations extérieures qui ralentissent la progression des lésions en surface, et non en profondeur.

esthétiques ne devront plus entrer en ligne de compte. Toutes les fois que le médecin croira à la possibilité d'une récidive trop étendue pour céder au bistouri s'il emploie un autre procédé, l'ablation devra seule être utilisée.

Le curettage, fait d'une manière isolée, n'est pas une méthode curative, à moins d'être pratiqué avec une grande énergie, et de déborder non seulement les régions apparemment malades, mais encore celles qui sont atteintes histologiquement. Et, même dans ces conditions, il offre l'inconvénient de déterminer, avec la plus grande facilité, des réinoculations du néoplasme. Employé comme base de la méthode mixte, et combiné à la cautérisation, il offre au contraire des avantages considérables et nous reviendrions plus loin sur son emploi. Le curettage peut être suivi d'hémorragies qu'on arrête très simplement par la compression; au besoin on badigeonnera avec une solution d'antipiryne à 1 p. 20. On ne traitera pas le par curettage des épithéliomes assez volumineux pour que des hémorragies artérielles puissent survenir à la suite de l'intervention. Ces épithéliomes relèvent de l'ablation au bistouri seule.

b) *Caustiques chimiques.* — Tous les procédés de la méthode caustique ont été employés dans le traitement des épithéliomes de la peau et je ne puis mieux faire que de renvoyer à l'énumération que j'ai donnée en parlant des procédés de cette méthode.

Darier recommande d'éviter les caustiques douloureux, tels que les acides, le chlorure de zinc, et utilise soit l'acide chromique à 1 p. 5 ou 1 p. 10, ou la pâte de Vienne.

Le procédé de Cerny et Trunecek a rencontré une grande faveur dans ces derniers temps. Je ne reviendrai pas sur sa technique (Voir *Méthode caustique*, p. 91). Les indications en sont-elles aussi fréquentes qu'on l'a dit? Méthode lente, assez douloureuse, la méthode de Cerny s'applique surtout à des épithéliomes d'évolution très lente et bénigne, qui ont envahi déjà des régions profondes et qu'on peut détruire lentement et couche par couche; les résultats remarquables qui ont été publiés, auraient pu, je crois, être obtenus par d'autres méthodes pratiquées avec la même patience ; en tout cas il n'y a pas lieu de généraliser l'emploi de la méthode de Cerny, comme on l'a fait ; elle reste pour moi une méthode d'exception, la grande majorité des épithéliomes de la face guérissant plus facilement et plus rapidement par d'autres moyens. Je crois même dangereux de la préconiser sans faire remarquer qu'elle est loin de s'appliquer à la majorité des cas, et de lui attribuer une valeur presque spécifique.

Les caustiques faibles, le bleu de méthylène à 10 0/0, le chlorate de potasse en poudre fine ne peuvent être employés utilement qu'après le curettage. J'en parlerai en étudiant les méthodes mixtes.

Bien maniés, les caustiques permettent d'obtenir la guérison ; mais il y a inconvénient à employer des caustiques trop énergiques, qui détruisent les tissus sains d'une manière trop étendue, d'où des conséquences désagréables au point de vue esthétique. Presque toujours, le praticien redoutera ces inconvénients et n'osera, par suite, agir exactement comme il le faudrait ; il est très difficile de mesurer l'action des caustiques forts, qui détruisent graduellement les tissus épithéliomateux ; on s'arrêtera toujours trop tôt, les lésions semblant guéries. Or, il s'agira d'une guérison macroscopique : il restera très souvent en profondeur des nids cellulaires épithéliomateux, visibles à l'examen microscopique seul, et qui sont le point de départ de récidives.

Tout ceci restreint beaucoup pour moi l'emploi des caustiques chimiques : en fait, les épithéliomes devenus incurables que j'ai observés avaient été traités de cette manière, peut être tous, si mes souvenirs sur ce point sont exacts.

Cautérisation thermique. — Je n'insisterai pas sur la technique qui a été exposée au chapitre : Méthode caustique. Le galvano-cautère peut être employé d'une manière systématique dans le traitement de l'épithéliome facial, le thermo-cautère étant beaucoup trop brutal.

A l'emploi du galvano-cautère, on peut faire les mêmes objections qu'à celui des caustiques chimiques faibles. En maniant la pointe galvano-caustique, le médecin a beaucoup plus conscience de ce qu'il fait qu'en appliquant des caustiques forts ; point par point, couche par couche, il détruit les lésions. Cependant il est difficile de savoir où s'arrêter et, souvent, on craindra d'avoir été trop loin, alors qu'on laissera des cellules épithéliomateuses comprises dans les tissus.

Le galvano-cautère constitue un excellent procédé, mais je crois qu'il vaut mieux combiner le curettage à la cautérisation comme méthode générale (Voir Méthodes mixtes).

c) *Photothérapie. Radiothérapie.* — Bie, Forchhammer au Lysinstitut de Finsen, ont montré que la photothérapie peut être employée comme méthode curative de l'épithéliome. Le nombre des séances nécessaire est beaucoup moindre que dans les lupus, ce qui tient du reste à l'étendue beaucoup moindre des lésions ; celles-ci tombent en masse, en une ou plusieurs fois, à la suite du traitement. Sur 24 cas, Forchhammer a rapporté 11 guérisons au Congrès du Breslau. Ces guérisons concernent toutes des formes superficielles. Lorsque les lésions atteignent une trop grande épaisseur, il n'y a pas de résultat.

La photothérapie s'applique donc à des épithéliomes superficiels qui peuvent guérir par d'autres procédés. Désirant préciser et restreindre les indications de cette méthode, j'ai été conduit à déclarer qu'elle pouvait être abandonnée dans le traitement de cette affection. Cette opinion me paraît aujourd'hui un peu absolue, et je préférerais écrire : dans le traitement régulier de l'épithéliome de la face. Il existe, en effet, des épithéliomes plans, étendus, où elle peut être indiquée en raison de la multiplicité des lésions et de l'importance qu'il y a à obtenir une cicatrice parfaite. J'ai vu récemment deux cas de ce genre situés sur la paupière inférieure ; la galvano-cautérisation et le curettage auraient produit dans cette région des destructions et amené ainsi une rétraction nuisible. Elle constituera, peut-être, une méthode précieuse dans le traitement de l'ulcus rodens. Mais, dès à présent, la radiothérapie paraît constituer une méthode préférable dans beaucoup de cas.

La radiothérapie a été beaucoup employée dans le traitement de l'épithéliome facial depuis un ou deux ans. Méthode non douloureuse et très active, sans danger quand elle est bien appliquée, ayant une action presque élective sur certains tissus épithéliomateux, elle offre de très grands avantages et constituera, lorsque ses indications précises seront déterminées, le traitement de choix de certaines formes, et dans les cas où les malades refusent soit la cautérisation, soit le curettage (1).

Il importe, quand on traite un épithéliome par la radiothérapie, de procéder énergiquement, pour détruire entièrement le tissu malade.

d) Méthodes mixtes. — Les procédés que j'ai indiqués peuvent être combinés les uns aux autres. On peut, par exemple, après curettage, appliquer, sur la surface, du chlo-

(1) Depuis la publication de cet ouvrage, des travaux importants ont été publiés en France sur l'emploi de la radiothérapie dans la cure de l'épithéliome cutané et montré qu'elle offre des avantages considérables dans un très grand nombre de cas (v. Leredde, *Le traitement du cancer de la peau par les rayons X. Acad. de médecine* et *Gazette des Hôpitaux*, 28 mars 1904).

rate de potasse en poudre impalpable, qu'on renouvelle tous les deux ou trois jours, on peut également faire des badigeonnages quotidiens avec une solution de bleu de méthylène.

Bleu	10 grammes.
Alcool	ãã 45 —
Glycérine	

Parmi les méthodes mixtes, celle que j'emploie d'habitude et qui me paraît convenir dans le plus grand nombre des épithéliomes de la face, est constituée par l'association du curettage et de la galvano-cautérisation.

La région est aseptisée à l'alcool. Après anesthésie au chlorure d'éthyle, on fait un curettage avec la curette de Vidal ou celle de Volkmann, suivant la dimension de l'épithéliome. La congélation transforme la tumeur en une masse dure qui vient souvent en un seul coup de curette. On peut alors, si le malade est peu ou médiocrement courageux, faire l'anesthésie à la cocaïne après avoir eu soin d'arrêter le sang au moyen d'un peu de coton hydrophile. Puis on cautérise régulièrement le fond et les bords au moyen de la pointe unique du galvano-cautère, et on panse au coton sec ou avec un peu de gaze aseptique. Les jours suivants, on fait tomber les parties cautérisées, par des pulvérisations ou des pansements humides appliqués pendant une ou deux heures ; dans l'intervalle, on fait des pansements avec une pâte de zinc aseptique. Il n'existe pas, à ma connaissance, de méthode plus simple de traitement de l'épithéliome facial, ni de plus rapide ou de plus sûre.

Elle paraît préférable à toutes les autres, pour toutes ces raisons. En fait, l'épithéliome est une de ces maladies où on peut perdre son temps à chercher des procédés nouveaux, parce qu'il convient surtout d'employer bien des procédés déjà connus.

Après ce traitement, il y aura souvent avantage à employer la radiothérapie, pour diminuer encore les chances de récidive.

Traitement des diverses formes. — Les indications thérapeutiques dépendent surtout du volume, du siège de l'épithéliome et non de sa variété. J'ai indiqué plus haut comment il fallait traiter les cornes épithéliomateuses, j'ai dit que l'ulcus rodens était, peut-être, plus que d'autres formes, justiciable de la photothérapie ou de la radiothérapie. Les épithéliomes acnéiformes de la face (*épithéliomatose multiple sénile*) exigent un traitement extrêmement minutieux, le curettage avec galvano-cautérisation partout où les lésions ont le caractère épithéliomateux bien marqué; sur les autres un traitement exfoliant et kératolytique énergique par la pâte résorcinée de Unna, ou le savon noir, etc., suivi également de galvano-cautérisations. Il importe surtout d'exercer la plus grand surveillance sur le malade, après le traitement ; en surveillant les récidives, ou les arrêtant dès qu'elles se produisent, on peut amener la guérison complète.

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THERAPEUTIQUE

Séance du 11 mai 1904

Présidence de M. Mathieu

M. Burlureaux lit une note sur le *régime des hépatiques*. La distinction entre l'hyperfonction et l'hypofonction hépatique, est malheureusement difficile à faire dans la pratique : la clinique est impuissante à répondre, car on trouve des foies hypertrophiés dont le fonctionnement est diminué, et vice-versa. La chimie urinaire, que M. Robin préconise, donne-t-elle plus de satisfaction ? Il ne semble pas qu'il en soit ainsi.

L'orateur a songé à l'opothérapie comme moyen de traitement et de diagnostic. Deux observations récentes semblent donner raison à cette manière de procéder :

1° Dame de 62 ans ; à la suite d'une grippe, troubles graves d'insuffisance hépatique, état fébrile ; ces accidents durent plusieurs mois et mettent la malade en danger. A ce moment, l'orateur fait administrer un lavement contenant une macération de foie de porc frais (200 gr. pour 500 gr. eau). Les accidents s'amendent, et la convalescence s'établi après le 4e lavement.

2° Chez cette seconde malade, la guérison a été obtenue au contraire par le régime lacté, après insuccès complet de l'opothérapie. Il s'agissait ici d'hypercholie.

En présence de ces faits si nets, il y a lieu de se demander si l'opothérapie ne constitue pas un excellent moyen de diagnostic dans l'étude des troubles fonctionnels du foie. En tous cas, il n'y a aucun danger à faire des essais de ce genre.

M. Weber estime que l'opothérapie n'est pas aussi inoffensive que M. Burlureaux l'admet. Un rapport d'un vétérinaire d'Alfort a conclu à ce que les viscères de porc sont très souvent bacillifères et qu'il faut les soumettre à l'inspection, ce qu'on n'avait pas exigé jusqu'ici.

M. Barbier présente une note sur l'*insuffisance hépatique chez les nourrissons*. Dans les cas de ce genre, le lait, peut devenir nocif à cause de la grande quantité d'albumine qu'il contient : il faudra la remplacer par de l'eau sucrée, une alimentation farineuse. L'orateur ne veut pas insister sur les cas d'insuffisance hépatique chez les héréditaires syphilitiques ou tuberculeux : il tient à attirer l'attention sur ceux qui sont atteints de *gastro-entérite par suralimentation*.

En outre, dans quelques cas rares, l'enfant vient au monde avec un foie trop petit : au moindre accident ayant pour siège le tube digestif, l'infection détruit le peu de cellules de foie qui fonctionnent, et le sujet meurt d'insuffisance hépatique.

L'étude scientifiquement rigoureuse de tous ces cas est fort difficile, car on ne peut recueillir les urines et la glycosurie alimentaire ne peut être examinée. On en est réduit au symptôme clinique suivant : l'enfant, tout en se nourrissant bien, n'augmente pas de poids ; brusquement, il est pris de vomissements, avec collapsus, etc. En outre, on trouve fréquemment des selles blanches, acholiques, *bien que le sujet ne présente pas d'ictère*. Ces selles se remontrent aussi bien à l'état dur qu'à l'état pâteux ou même diarrhéique, elles ne sont donc pas dues à un trouble intestinal, mais à un trouble hépatique ; elles sont en outre horriblement fétides.

Ces phénomènes se rencontrent dans 3 conditions : 1° Suralimentation. 2° Dans le cours d'une gastro-entérite avec diarrhée muqueuse. 3° Comme séquelle d'une gastro-entérite ancienne.

Toutes les fois qu'un enfant présente des selles décolorées, il faut restreindre son alimentation et lutter contre la tendance de l'entourage qui veut alimenter le malade davantage encore pour le fortifier. Une erreur de ce genre peut alors provoquer des accidents formidables, et souvent la mort en collapsus algide avec accidents méningés.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies générales non infectieuses et intoxications

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Le traitement de la goutte articulaire, par A. Robin (*Bull. gén. de thérapeutique*, 23 avril 1904). — Pour l'auteur, l'accès de goutte doit être énergiquement traité par le colchique: parmi les préparations nombreuses dont on se sert d'habitude, on préférera la colchicine sous forme de granules; les malades peuvent toujours la conserver à leur portée et en prendre dès le début de l'accès. La dose habituelle est de quatre granules de 0 gr. 001 à prendre en une fois; ou ce qui semble préférable, en vingt-quatre heures; un granule toutes les six heures. Mais la *colchicine* est un alcaloïde extrêmement actif, délicat à manier, dont les effets ne sont pas encore très bien connus; elle ne doit être prescrite qu'avec une très grande prudence.

La *teinture de semences*, la *teinture de bulbes* sont les produits les plus employés; ce sont de bonnes préparations, mais elles offrent l'inconvénient de ne pas avoir toujours une composition identique et, par suite, d'être plus ou moins actives. La teinture de semences doit être prescrite à la dose de XL à LX gouttes. Les petites quantités ne donnent aucun résultat, on fera donc prendre X gouttes en quatre fois, ou XX gouttes en trois fois, dans les vingt-quatre heures.

La *teinture de fleurs de colchique* a donné à l'auteur les meilleurs résultats en l'associant à la digitale et à la quinine.

Voici la formule:

Alcoolature de fleurs de colchique	40	gr.
Teinture de fraxinus ormus.....	14	»
— de digitale.....	12	»
de quinine.....	8	»
— de belladone.....	6	»
— de glycyrrhizine.....	20	»

Chez un homme de trente à trente-cinq ans qui en est à son premier accès, on agira avec prudence; on prescrira cent gouttes à diviser en quatre doses de vingt-cinq gouttes à prendre en quatre heures. Mais si le malade a eu plusieurs accès, si la goutte a une tendance à être subaiguë ou à passer à l'état chronique, on en fera prendre une cuillerée à café dans un demi-verre d'eau en quatre fois dans la matinée pendant deux à trois jours.

Après cette médication, deux phénomènes peuvent se produire, Ou bien le malade éprouvera un soulagement complet; ou bien, au contraire, il présentera des sueurs profuses, une diarrhée abondante. On cessera immédiatement le traitement si c'est la seconde de ces deux alternatives qui s'est produite. Dans le premier cas, au contraire, on diminue progressivement la dose et au lieu de prescrire une cuillerée à café, on donne seulement 60 gouttes pour diminuer les jours suivants à 40, 20 et 10 gouttes et pour cesser quand toute toute sensibilité de l'articulation envahie a disparu.

Il y a des contre-indications absolues à l'emploi du colchique:

1° Lorsque la goutte articulaire a été précédée de manifestations viscérales;

2° Lorsque le rein est touché.

Si l'albumine trouvée est de la *sérine*, il est probable qu'on se trouve en présence d'une lésion rénale, et dans ce cas on agira avec prudence. Mais, si l'albumine est constituée surtout par de la *globuline* avec quelques traces de *sérine*, ce n'est qu'une albumine transitoire, et il n'y a aucun accident à redouter.

L'administration prudente du colchique procure donc au goutteux un soulagement immédiat de ses douleurs.

On trouve des *adjuvants* utiles dans quelques moyens locaux: liminents calmants, fumigations diverses.

L'auteur recommande le procédé suivant:

Faire dissoudre à chaud dans une casserole, parties égales de borax et d'eau, de façon à obtenir une dissolution sursaturée: laisser refroidir. Il se forme une sorte de pâte, dans laquelle on trempe des compresses qu'on applique sur les jointures, en recouvrant de taffetas

gommé, et qu'on renouvelle toutes les douze heures.

L'effet est souvent excellent ; dans les deux tiers des cas, une diminution de la douleur se produit très rapidement ; la rougeur et l'œdème s'atténuent.

Enfin, pendant la crise, on met le malade au *régime lacté absolu*. Le lait devra être dégraissé : il sera additionné d'*eau de chaux*.

E. Vogt.

Le traitement de la goutte subaiguë et de la diathèse goutteuse par Robin (*Bull. gén. de thérapeutique*, 30 avril 1904). — L'auteur réserve la teinture de fleurs de colchique aux cas aigus : dans les cas subaigus, il recourt au salicylate de soude en potion toutes les heures (2 à 4 gr. pour 150 gr. véhicule).

Si les douleurs sont très vives et que la crise ait une tendance à prendre une marche aiguë plutôt que subaiguë, il donne le salicylate de soude à la dose de 2 à 4 grammes en quatre prises, c'est-à-dire à dose plus massive.

En même temps, le malade prend du benzoate de lithine à la dose de 0 gr. 50 dissous dans un litre d'eau d'Evian à boire dans la journée, et en se couchant :

Extrait de belladone.....	0 gr. 01
Poudre de feuilles de belladone.....	0 — 01

pour une pilule.

Si, au bout de trente-six heures de traitement, il n'y a pas au moins une détente des symptômes aigus, on abandonne le salicylate et on recourt au sulfate de quinine à la dose de 0 gr. 50 le matin et le soir, pendant plusieurs jours.

Le traitement de la diathèse goutteuse aura pour objectif les points suivants :

1° *L'hygiène*. — La vie au grand air, l'exercice modéré et régulier facilitent l'élimination de l'acide urique et en diminuent la formation.

On recommandera aussi les frictions matinales avec de l'alcool camphré après le tub ; elles activent la circulation et multiplient les contacts entre les tissus et les plasmas alcalins ;

2° *Le régime*. — L'auteur, avec Schweninger, préconise les viandes faites ou rouges, de préférence aux viandes blanches, dans l'alimentation des goutteux. En étudiant les variations de l'acide urique des urines suivant l'alimentation, il s'est rendu compte que les matières collagènes ou gélatineuses, qui sont contenues en plus grande proportion dans les viandes jeunes, comme l'agneau et le veau, augmentent la formation d'acide urique, d'une façon beaucoup plus marquée que la viande de bœuf.

Il en est de même, pour les aliments qui renferment des nucléines, comme la cervelle, le ris de veau, les aliments gélatineux et les gelées de viandes. On interdira donc ces aliments ainsi que le jaune d'œuf, le foie, les rognons, les abattis, etc.

On défendra aussi le sucre qui, en brûlant dans l'organisme, lui emprunte de l'oxygène, et en laisse ainsi une moins grande part pour la combustion des matières albuminoïdes. Les aliments d'épargne, comme les corps gras, les féculents, doivent être tout au moins très restreints.

Les légumes verts seront autorisés, sauf ceux qui contiennent de l'acide oxalique, comme l'oseille, les tomates et les haricots verts, à condition qu'ils soient cuits à l'eau et additionnés à table d'un peu de sel et de beurre frais. Tous les fruits sont permis, mais ils ne devront pas être pris crus, si le malade présente des troubles gastiques.

L'alimentation doit comporter deux tiers de végétaux pour un tiers de viande et d'œufs. Le goutteux usera largement du *jus de citron*, mais sans excès. Le citron renferme du citrate de potasse, qui se brûle dans l'organisme et donne naissance à du carbonate de potasse, qui alcalinise l'urine.

On défendra l'alcool, le café, le thé, le chocolat. A table, on autorisera quelquefois les vins blancs du Rhin et de la Moselle, très étendus d'eau. Ils renferment des racémates alcalins qui se brûlent dans l'organisme en formant des carbonates. L'eau pure constitue la meilleure des boissons.

Eviter la constipation à l'aide des irrigations intestinales et des pilules composées à l'aloès.

3° *Les médicaments*. — L'auteur alterne divers médicaments en les faisant prendre par périodes de la façon suivante :

Première période. — Au milieu des repas, le malade prendra une des pilules suivantes :

Arséniate de soude.....	0 gr. 001 à 0 gr. 002
Iodure de potassium...	0 » 05
Poudre de rhubarbe...	0 » 05
Extrait de douce-amère.	Q. s. p. une pilule.

Avant les repas, une cuillerée à soupe de la solution suivante :

Sulfate de strychnine....	0 gr. 05
Eau distillée.....	300 »

Si le goût de cette préparation semble désagréable, on pourra la remplacer par la suivante :

Teinture de noix vomique. } ãã 10 gr.
— chardon bénit. }

Mêler et filtrer. Prendre VIII gouttes après le repas dans un peu d'eau.

Ce traitement aura une durée de quinze jours.

2e PÉRIODE. — On donnera le benzoate de soude, le sidonal, la pipérazine, par exemple :

Sidonal.....	5 grammes
Eau.....	300 —

Une cuillerée à soupe après le déjeuner et le dîner pendant dix à quinze jours.

3e PÉRIODE. — Durant cette troisième période, on donnera le benzoate de soude.

Le malade prendra deux fois par jour 0 gr. 50 à 1 gramme de benzoate de soude dans une tasse d'infusion de reine-des-prés. Cette médication ne devra pas être continuée pendant plus de huit jours au maximum.

4e PÉRIODE. — On donnera des agents diminuant la production de l'acide urique et en favorisant l'élimination.

Globularine.....	0 gr. 05
Globularétine.....	0 gr. 07
Alcool à 90°.....	20 grammes

prendre V à X gouttes avant les repas dans un peu d'eau.

En même temps, au milieu des repas, le malade absorbera 0 gr. 40 de carbonate de lithine dans un verre d'eau.

Après ces quatre séries de traitement, il sera bon de faire un grand lavage de l'organisme à l'aide de l'eau de Vittel, de Contrexéville ou de Martigny dont le malade devra absorber un litre tous les matins à jeun, en trois prises de 333 grammes chacune à un quart d'heure d'intervalle, pendant une quizaine de jours.

Le goutteux pourra rester ensuite quinze jours à un mois sans faire de traitement, pour recommencer ensuite une nouvelle série. Ce sera à son médecin de juger de l'opportunité de cette reprise.

E. VOGT.

Traitement hydro-minéral de la goutte, par A. ROBIN (*Bul. gén. de Thérapeutique*, 30 avril 1904). — L'auteur range les eaux utiles aux goutteux dans les groupes suivants :

1° Vichy ; 2° Royat, Saint-Nectaire ; 3° Vittel, Contrexéville, Martigny ; 4° Bourbonne-les-Bains ; 5° Aix-les-Bains, Luchon ; 6° Evian.

En présence d'un goutteux floride, obèse, gros mangeur, sujet à des accès de goutte aiguë, dont les urines renferment une forte proportion d'urée et d'acide urique, il choisit *Vichy*.

Mais si le goutteux fléchit, s'il maigrit, si les accès de goutte sont moins violents, qu'il y ait quelques douleurs rhumatoïdes disséminées, que l'urine renferme de l'acide urique en excès sans augmentation de l'urée ; il l'adresse à *Royat*, *Saint-Nectaire* ou aux eaux d'un type analogue.

Le malade uricémique, qui a des antécédents héréditaires bien nets, ou qui présente quelques signes d'activité de la diathèse (douleurs vagues péri-articulaires ou articulaires, poussées eczémateuses, etc)..., qui est vigoureux et dont les urines contiennent une proportion notable d'acide urique, doit être dirigé sur une station du type de *Vittel*, *Contrexéville*, *Martigny*.

Il en est de même pour les sujets qui ont eu quelque temps auparavant un accès de goutte aiguë, mais qui conservent un excès d'acide urique dans leurs urines.

Enfin, s'il s'agit d'un goutteux chronique dont les articulations sont déformées, douloureuses, il faut des eaux plus directement actives, dans le but de faire résorber les dépôts articulaires, et l'on choisira *Bourbonne-les-Bains*, *Aix* ou *Bourbon-l'Archambault*.

E. VOGT.

Traitement de la goutte et de la diathèse urique (*Sobrem. Therapia*, nos 7 et 8, 1903). — Il y a cinq ans, SPASSKY a préparé de nouvelles combinaisons d'urotropine, de lithium et d'acide citrique. Parmi ces différentes préparations, c'est le citro-diurotropinate de lithium, l'urésine, qui s'étant montré la plus stable et la moins hygroscopique ; Spassky l'a proposée pour le traitement de la diathèse urique. Cette préparation, d'après les observations d'un grand nombre de médecins s'est montrée véritablement précieuse. S'étant proposé d'étudier expérimentalement la question, Spassky s'est adressé à des médecins traitant la diathèse urique à l'aide de différentes préparations pour qu'ils lui envoient les urines de leurs malades, pour y déterminer la quantité d'acide urique. On sait, en effet, que la quantité d'acide urique est un indice des plus importants de l'influence exercée par telle ou telle préparation médicamenteuse, administrée aux malades.

Spassky a pu ainsi constater que c'est l'urésine qui exerce l'action dissolvante la plus énergique. Chez les malades traités par l'urésine on constate les variations les plus prononcées d'acide urique. Pendant les premiers jours du traitement, on constate une augmentation notable d'acide urique, suivie d'une diminution, mais finalement le taux revient à la normale.

Il est possible qu'il y ait lieu d'attribuer quelque influence au régime, mais en tout cas cette influence n'est probablement pas dominante.

Comment l'urésine agit-elle sur les urates ? Exerce-t-elle une action dissolvante, ou bien

modifie-t-elle la composition chimique de l'acide urique?

Spassky n'est pas encore arrivé à résoudre cette question et se borne pour le moment à des hypothèses.

En tout cas, en ce qui concerne l'action du lithium dans ce processus, il est fort probable que cette action consiste, non pas à dissoudre l'urésine, mais à modifier les échanges azotés de l'économie.

J. Roubleff.

Le rhumatisme articulaire aigu : traitement par les injections salicyliques intraveineuses (*Therap. Monatshefte*, avril 1904). — Mendel distingue trois effets différents exercés par les salicylates, en cas de rhumatisme polyarticulaire aigu : 1° *Effet immédiat et définitif*; parmi ces cas, on ne rencontre pas seulement des formes légères, mais encore des formes avec phénomènes inflammatoires intenses; 2° *Effet médicamenteux satisfaisant*, mais avec récidives, qu'il faut traiter par les salicylates : dans quelques cas, ces récidives ne sont pas influencées par la médication; 3° *Cas réfractaires*. Ces derniers constituent pour certains auteurs des erreurs de diagnostic, les arthrites étant alors consécutives à une infection distincte, dont nous ne connaissons pas les caractères spécifiques.

En tous cas, il y a lieu de distinguer strictement entre la forme aiguë, de beaucoup la plus fréquemment observée chez l'homme, ayant pour porte d'entrée probable une inflammation amygdalienne, et la forme chronique, observée surtout chez la femme et consécutive souvent à des lésions des organes génitaux. L'auteur a vu dans plusieurs cas des arthrites chroniques de ce genre retrocéder sous l'influence d'un traitement local énergique : elles ne sont pas influencées par les salicylates.

L'efficacité de la méthode intraveineuse même à doses minimes semble démontrer que les salicylates absorbés par le tube digestif sont éliminés en grande partie sans avoir exercé d'action.

Si l'on a grand soin de bien faire saillir la veine, l'injection salicylique n'offre aucune difficulté. On donnera la préférence aux deux solutions suivantes, qui ont l'avantage de ne provoquer aucune douleur, alors que le salicylate de soude est mal supporté :

1° Salicylate de soude..... 8 gr.
Salicylate de caféine-sodium. 2 —
Eau distillée ad..... 50 —
Us. Ext.

2° Salicylate de soude..... 8 gr. 75
Caféine..... 1 — 25
Eau distillée ad..... 50 —
Us. Ext.

Pour les adultes, on injectera 2 gr. à la fois de l'une des deux de ces solutions.

L'action est aussi sûre que rapide, quel que soit le tissu atteint de rhumatisme (muscles, articulation, nerf, etc), la disparition des douleurs, des gonflements, etc., est presque immédiate. Jamais on n'observe d'effets accessoires désagréables. Ce traitement est absolument inefficace quand on se trouve en présence d'affections non rhumatismales.

L'auteur a fait plus de 300 injections de ce genre.

E. Vogt.

Deux cas de leucémie spléno-médullaire, traitement et guérison, par Bryant et Crane (*Medical Record*, 9 avril 1904). — En 1903, le Dr Nic. Seen avait publié un cas de leucémie spléno-médullaire traité avec succès par les rayons X; pendant trois semaines le malade avait été traité en vain par la solution de Fowler et le fer, aussi cet auteur rapportait-il la guérison à la radiothérapie. Aujourd'hui deux autres auteurs Américains relatent deux cas semblables de guérison par le même moyen, toutefois l'arsenic et le fer ont également été employés.

Le premier cas est celui d'une femme mariée, âgée de 33 ans, ayant souffert antérieurement d'entérite catarrhale, et qui depuis un an souffrait dans la région de la rate, puis dans les extrémités des os longs. Menstruation irrégulière, puis aménorrhée, amaigrissement, anémie, spléno-mégalie, 176.000 globules blancs. Le traitement outre la liqueur de Fowler et des pilules de fer, consiste à exposer la région de la rate aux rayons X, ainsi que les extrémités des os longs, pendant dix minutes tous les deux jours. Treize jours après, 55.700 globules blancs et augmentation du nombre des globules rouges. On suspendit le traitement pendant quelque temps dans la suite en raison de la faiblesse et de la nervosité de la malade. On le reprit plus tard et un mois après le début du traitement il n'y avait plus que 4.500 globules blancs, absolument normaux, et aucun globule rouge nucléé. La malade se rétablit complètement avec une rate normale.

Le second cas est analogue et concerne un homme de 31 ans. On comptait 200.000 globules blancs; après le traitement par l'arsenic, le fer, la moelle osseuse et les rayons X, on n'en comptait plus que 6.400 et la rate avait des proportions normales.

L. Jumon.

Chirurgie générale

Dr BENOIT

Ancien interne des hôpitaux

Des opérations intra-thoraciques à l'aide de la chambre pneumatique, par M. SAUERBRUCH, (de Breslau), *33e Congrès de la Société allemande de chirurgie*, avril 1904). — Très intéressants débats touchant la chirurgie pulmonaire et celle des voies biliaires. D'autre part, moins indifférents que nos sociétés savantes à l'égard de la radiothérapie des tumeurs malignes, les congressistes se sont occupés des résultats obtenus à ce jour. On en trouve le détail plus loin.

En matière de chirurgie pulmonaire, M. von Mikulicz a chargé son assistant M. Sauerbruch, de faire des recherches sur la possibilité d'éviter le *collapsus pulmonaire*, principal obstacle aux interventions. La trachéotomie préalable permettant de faire la respiration artificielle n'est qu'un moyen très imparfait entre les mains de quelques chirurgiens français. Or, il y a deux moyens de lutter contre la menace de collapsus : ou bien diminuer la pression intrapleurale, pendant l'opération, ou bien augmenter à ce moment la pression intra-pulmonaire. C'est à cette intention qu'a été construite la chambre pneumatique, convenant au premier cas.

L'opérateur est maintenu lui-même dans un milieu qui représente une diminution de pression de 10 millimètres, c'est-à-dire l'altitude de 300 mètres. Les orateurs n'ont pas été absolument d'accord sur le chiffre de la pression barométrique qu'il faut atteindre pour éviter le collapsus. Les physiologistes le fixent à 10 millimètres au-dessous de la normale ; M. Petersen (de Heidelberg) l'estime de 7 millimètres au-dessous, d'après un cas personnel. Il est aisé de comprendre que cette pression doit varier suivant les sujets ; de là leur désaccord. M. Brauer est d'avis que la chambre pneumatique ne saurait jamais devenir d'un emploi pratique et il opte pour le deuxième moyen proposé par M. Sauerbruch. Opérant jusqu'ici chez l'animal, il se servit d'un appareil relié à une chambre à air munie d'un manomètre pour assurer une pression constante. Combinant la pression avec l'anesthésie, il pense qu'on pourrait, au moyen d'un masque hermétique, introduire sous une pression donnée dans les voies respiratoires un mélange de vapeurs chloroformiques et d'oxygène sous pression. Cette façon de faire permettrait d'utiliser l'idée de M. Sauerbruch pour la chirurgie d'urgence du thorax.

Pour en venir aux faits, l'emploi de la chambre pneumatique n'a pas été favorable, puisque M. Mikulicz a perdu une opérée de cancer de l'œsophage, très affaiblie il est vrai, pendant l'intervention.

A ce propos, le chirurgien allemand préconise un nouveau procédé qui nous semble appelé à un brillant avenir, aidé de la précédente méthode d'augmentation de pression intra-pulmonaire. Nous usons avec parcimonie des thoracotomies exploratrices à cause de la résection costale qu'elles exigent. L'A. a construit un instrument qui simplifie singulièrement ce genre d'intervention. Il suffit, dit-il, d'inciser les muscles intercostaux et d'écarter les côtes à l'aide de cet instrument permettant l'introduction facile de la main entière. La plaie se ferme très simplement et le patient a éprouvé un minimum de dommage. La chirurgie des poumons et même du médiastin et du cœur peut bénéficier de l'emploi du même procédé dans des proportions qu'il développera ailleurs. Signalons ce fait que, pour l'œsophage, l'A. ne se borne pas à la voie postérieure, au côté droit et au niveau du troisième ou du quatrième espace intercostal, comme on l'a fait jusqu'ici pour les néoplasmes malins ; mais il préconise la voie antérieure pour atteindre la portion voisine du cardia. L'incision se fait au niveau du *sixième espace intercostal droit*. M. Müller a fait remarquer que, pour éviter le pneumo-thorax subit, lorsqu'on opère sur un poumon libre de toute adhérence, il demeure la ressource, à laquelle on songera toujours, de l'attirer dans la plaie.

A. BENOIT.

Réparation de pertes de substance osseuse, (*33e Congrès all. de chir.* avril 1904). — M. SAINTON, dans un cas de perte de substance du tibia consécutive à une ostéomyélite de l'adolescence, a employé l'opération de von Mikuliez Vladimirof, qui consiste à mettre le sujet en équinisme ; puis à tailler un lambeau ostéo-périostique fémoral et le reporter sur la perte de substance, qui ne tarde pas à se combler. Von Mangold, opérant sur des enfants, a pu emprunter ce lambeau au tibia de la jambe opposée. Von Braman a implanté, pour une perte de substance de l'humérus, un tibia humain bouilli. C'est aussi avec des os humains bouillis que Friedrich veut combler les pertes de substance des os longs.

Wagenmann se contente de recouvrir toute la perte de substance osseuse de *lambeaux cutanés*. Suivant Neuker, le succès dans ces cas, est dû à l'épanchement sanguin qui se fait

sous les lambeaux cutanés, jouant ainsi le rôle irritant de corps étranger.

Si les divers corps, et notamment les fragments d'os implantés jouent simplement un rôle irritatif par leur présence, leur choix importe assez peu, et la discussion des chirurgiens allemands ne nous paraît pas apporter sur ce point, une lumière suffisante.

A. Benoit.

Traitement des fractures par la suture osseuse (*33e Congrès de la Soc. all. de chirurgie*, avril 1904). — M. Konig préconise la suture osseuse, surtout dans les fractures intra-articulaires, avec ou sans renversement des fragments. Cette communication rencontre quelques contradicteurs. MM. Bardenheuer et Bier pensent qu'avec l'immobilisation, à laquelle peut se joindre la traction, comme pour les fractures de la diaphyse fémorale, on peut arriver toujours à un bon résultat fonctionnel. Pour les fractures du fémur, il est essentiel de choisir des poids allant jusqu'à 25 kilog. chez les sujets très musclés. Enfin, M. Bier a remarqué que les fractures se consolident plus lentement après la suture, qu'après l'immobilisation. Il attribue cela à l'absence d'hématome, chez les sujets traités par la suture. Il a même obtenu la consolidation d'une pseudarthrose en injectant dans le foyer du sang veineux pris sur le même individu.

A. Benoit.

De la résection dans la tuberculose du genou chez l'adulte (*Journ. des Sciences méd. de Lille*, 2 avril 1904). — Quelques observations publiées par MM. Delépine et Thirion, où la résection a donné les meilleurs résultats entre les mains de M. Duret. La soudure osseuse a toujours été complète, facile à maintenir par un appareil silicaté et suivie d'un résultat fonctionnel très satisfaisant. Or, on sait que M. Frœlich (de Nancy), faisait de l'amputation l'opération de choix chez l'adulte lors du dernier Congrès français de chirurgie. Chez l'adolescent, résection ; chez l'enfant, guérison spontanée. Cette proposition est trop absolue. Toutes les fois que les sujets adultes n'ont pas des « cavernes pulmonaires, un foie gros et des reins tuberculeux » (Lagrange), lorsque d'autre part les délabrements articulaires ne sont pas tels que la résection soit devenue matériellement impraticable, il y a lieu de tenter la résection pour la conservation du membre. Nous pensons avec les auteurs ci-dessus que s'il y a retentissement sur l'état général, ce retentissement ne peut être que favorable. L'auteur rappelle que M. Duret a renoncé aux sutures osseuses. Nous avons enregistré, au dernier congrès de chirurgie, que la simple réunion au catgut des parties molles péri-articulaires et de la peau, peut suffire, à la condition que le membre soit maintenu en bonne position par un bon appareil plâtré et légèrement élevé pendant quelques jours.

A. Benoit.

Cure opératoire de l'anévrysme artério-veineux (*33e Congrès all. de chirurgie*, avril 1904. — De M. W. Korte (de Berlin), un cas d'anévrysme du creux poplité, d'origine traumatique, chez un jeune homme de 13 ans. Après l'extirpation, l'orateur put suturer séparément l'artère et la veine au catgut.

Ce cas est un succès, comme le prouve la persistance du pouls au niveau du pied.

A. Benoit.

Chirurgie cérébrale ; troubles psychiques génitaux par lésions du lobe frontal, (*33 Congrès de la Soc. allem. de chir.*, avril 1904). — Deux faits assez particuliers ont été notés par MM. Brochard (de Posen) et Friedrich (de Greifswald) chez des opérés du cerveau. Le premier, chez une petite fille de 9 ans, a vu se manifester de la *nymphomanie*, trois mois après l'ablation partielle du lobe frontal pour hernie traumatique. Ces troubles étaient causés par un abcès développé à l'endroit lésé et disparurent après l'incision de la collection purulente.

Dans le second cas, des troubles de même nature furent la conséquence du développement d'une tumeur fibreuse du lobe frontal. Cette tumeur fut opérée, et le malade se rétablit, malgré l'ablation d'une portion notable du lobe frontal. Ces troubles seraient fonction, non de la destruction de la substance, mais de l'irritation de voisinage.

A. Benoit.

Cancer de l'estomac et du rectum (*33e Congrès all. de chir.*, avril 1904). — Petersen s'est attaché à rechercher quels sont les tissus au sein desquels se fait de préférence la récidive dans les cancers de l'estomac et du rectum. Il a trouvé la récidive locale après l'ablation d'un néoplasme de l'estomac, sur la muqueuse même, dans nombre de cas. Il en conclut que l'on doit s'attacher, dans la résection de ces tumeurs, à faire une large excision de la muqueuse. Au rectum, c'est dans le tissu cellulaire périrectal et les ganglions voisins que récidive le cancer. Il faut donc, lorsqu'on opère, avoir grand soin de vider le tissu cellulaire périrectal.

A. Benoit.

Traitement des hernies très volumineuses (*33e Congrès all. de chir.*, avril 1904). — On sait la difficulté et le danger qu'il y a parfois à réduire trop subitement les grosses hernies qui ont perdu droit de domicile. Le Congrès s'est occupé des moyens de les traiter en quelque sorte sur place. Les accidents d'engouements, à la clinique de von Mickulicz, sont traités par le débridement simple de l'anneau sans ouverture du sac, s'il y a trop d'adhérence. Les malades doivent être préparés à la réduction par la compression scrotale élastique, la position déclive, le siège élevé ; on y joint l'amaigrissement par la ration d'entretien. Il y a des cas où l'*entéro-anastomose* des anses afférente et efférente constitue le meilleur traitement, une large résection intestinale, n'est bien supportée que par les malades non affaiblis.

A. Benoit.

Des récidives tardives du cancer (*33e Congrès de chir. allemand*, avril 1904). — M. Jordan a cité deux observations de récidive tardive dont nous connaissons peu d'exemples : la première a trait à un cancer de la langue, qui récidiva au niveau de la cicatrice, 19 ans après l'ablation. La deuxième concerne un cancer du sein opéré cinq fois pour récidives locales en 15 ans, sans signes de généralisation. S'il est vrai que de pareils faits montrent qu'il y a doute sur la guérison véritable après l'ablation chirurgicale, pendant un très long délai, par contre, cela ne démontre pas que le pronostic de la récidive dépende uniquement de la tendance à proliférer d'un carcinome, ainsi qu'il le déclare. L'un des faits cités nous montre bien la récidive tardive d'un cancer du sein où la marche lente est souvent notée. Mais il n'est guère d'épithéliome de la langue dont l'évolution ne soit rapide. Or, la récidive exceptionnellement lointaine citée plus haut dément le pronostic de prompte récidive que l'on tend à attribuer à cette variété néoplasique. D'autres cancers à marche rapide, cancers de l'utérus, de l'estomac ont été souvent cités comme guéris, six à dix ans après l'intervention.

A. Benoit.

Des greffes cancéreuses (*33e Congrès allemand de chirurgie*, avril 1904). — M. Petersen, après expériences, a reconnu que les éléments cancéreux peuvent se greffer sur des tissus avivés après contact prolongé seulement. Cette implantation sur des surfaces épithéliales est très rare. Ces résultats ne nous apprennent en somme rien qui ne soit actuellement connu. La greffe est difficile et rare ; quant à la contagion cancéreuse, l'A. n'ose en contester la possibilité, mais il la croit très rare.

A. Benoit.

Radiothérapie du cancer (*33e Congrès allemand de chirurgie*, avril 1904). — M. Perthes (de Leipzig) a traité, en un an et demi, 29 cas de cancer, à l'aide des rayons X. Ce qu'il nous dit du cancer cutané (13 cas sur l'ensemble) confirme les résultats obtenus chez nous. Le mode d'emploi est assez remarquable : deux à trois séances ; durée totale de 50 à 60 minutes. Au bout de deux à trois semaines, on observait une diminution de volume ; puis des granulations de bonne nature venaient remplacer le tissu cancéreux et amenaient progressivement la cicatrisation. Un seul malade fut seulement amélioré. Trois guérisons ont dix mois de date. En ce qui touche les *ganglions lymphatiques cancéreux*, ils ne sont pas influencés par les ampoules à faible pénétration, mais subissent une diminution sensible, avec transformation histologique, lorsqu'on se sert d'ampoules à rayons pénétrants.

Les cancers de la langue, du plancher de la bouche et du sein (16 autres observations) n'ont pas fourni une seule guérison. Des noyaux superficiels de cancer inopérable du sein ont été influencés favorablement par le traitement. Ces résultats tiennent à ce que l'effet des rayons diminue considérablement à partir d'une profondeur de 3 centimètres. M. Lassac (de Berlin), ne croit pas à une influence spécifique, puisque les eczémas chroniques guérissent aussi par ce moyen. Quoi qu'il en soit, les rayons doivent être rigoureusement dosés, pour éviter les dermatites graves. Leur combinaison avec l'administration interne d'arsenic est à conseiller en pratique.

A. Benoit.

Augmentation de la résistance aux interventions abdominales par l'hyperleucocytose (*33e congrès de chir. all.*, avril 1904). — Von Mickulicz a observé que dans les cas d'infection grave du péritoine par les liquides digestifs, les suites opératoires étaient plus simples, influencées d'une manière très favorable, lorsqu'il prenait soin de produire l'hyperleucocytose des sujets, en injectant sous la peau du thorax 50 cc. d'acide nucléique à 2 0/0, tout en faisant passer dans le péritoine la solution salée physiologique. Les recherches se poursuivent dans ce sens.

A. Benoit.

Contribution à l'emploi des pansements à l'alcool (*Deutsche med. Wochenschrift*, 7 avril 1904). — Ambrein confirme l'action anesthésiante

de ces pansements dans les cas de panaris, lymphangite, *périthyphlite*, etc. Mais le résultat le plus remarquable a été obtenu par l'auteur dans un cas de spondylite tuberculeuse, siégeant dans la région cervicale et provoquant des crises douloureuses intenses : la nature tuberculeuse de l'affection fut corroborée par le résultat positif de l'injection de tuberculine.

Les crises douloureuses ayant résisté à tous les traitements, l'auteur essaya l'application locale de gaze imbibée d'alcool à 90 0/0 : le soulagement fut instantané, et l'on continua le traitement en changeant le pansement toutes les 3 à 5 heures. Bien plus, la malade ayant échappé à l'épuisement consécutif aux crises, s'est remontée peu à peu et est actuellement capable de faire d'assez longues promenades.

Localement, on constate une diminution très nette du gonflement et de la douleur à la pression. La peau n'est pas irritée.

E. Vogt.

Maladies des Voies d igestives

Dr Soupault

Médecin des hôpitaux

Traitement de l'ulcère rond (*Société médicale de Hambourg*, 12 janvier 1904). — Nous avons analysé (*v. cette Revue*, 1904, p. 232) la communication de Lenhartz : elle a donné lieu à une discussion importante,

Deneke n'estime pas que la diminution de l'alimentation, à la suite d'une hématémèse due à un ulcère rond, fasse courir des dangers au malade : ce dernier, étant immobilisé au lit, n'a besoin que d'un nombre peu élevé de calories pour se sustenter. Les propositions de Lenhartz peuvent rendre des services dans les cas d'anémie très grave, de menace de collapsus, etc., mais pour les cas courants, le régime plus prudent de Leube doit constituer la règle. Lenhartz n'accorde que 200 à 500 grammes de liquide du 1er au 4e jour, et n'utilise que la voie stomacale : pour l'orateur, cette quantité est insuffisante pour des sujets ayant perdu beaucoup de sang : il faut donc introduire par le rectum une quantité de liquide plus élevée. On ne saurait admettre qu'à la suite d'une hématémèse abondante, provenant indubitablement d'un ulcère ayant intéressé jusqu'aux couches profondes des parois stomacales, on puisse permettre l'ingestion de viande hachée, de riz au lait, etc., du 7e au 10e jour. Un tel régime risque de retarder la cicatrisation et de provoquer la formation d'un ulcère chronique qui manifestera plus tard son existence par de nouvelles hématémèses. Il faut se garder d'affirmer hâtivement la cicatrisation d'un ulcère. Il est, en tout cas, curieux de constater que Fleiner, qui a observé plus de 600 cas d'ulcère (communication de 1900), soit devenu de plus en plus prudent dans la prescription du régime.

Lauenstein se déclare en revanche partisan du régime de Lenhartz, mais il ne partage pas l'opinion de ce dernier concernant l'inutilité de l'alimentation rectale.

Hartmann n'est pas d'accord avec Lenhartz au sujet de l'étiologie de l'ulcère rond : la chloro-anémie peut fort bien, au lieu d'être la cause de l'ulcère, représenter une conséquence d'hémorragies occultes : l'examen des fèces (plus de 1.000 examens faits par l'orateur) démontre la présence du sang dans un grand nombre de cas, dans lesquels aucun symptôme stomacal n'avait été consigné avant la première hématémèse. En outre, Lenhartz, en affirmant la guérison de ses malades, n'a pas procédé à l'examen des fèces : cet examen peut seul permettre une conclusion scientifique.

Kochmann estime que la viande crue hachée ne devrait pas rentrer dans l'alimentation, au cours des premiers jours qui suivent l'hématémèse, car cet aliment excite la sécrétion de l'acide chlorhydrique et contient trop de tissu conjonctif indigeste.

Lenhartz termine la discussion en expliquant qu'il a adopté son régime dans le but de permettre à ses malades de reprendre plus rapidement leurs occupations : avec le régime de Leube, la convalescence est beaucooup plus longue. Chez 30 de ses malades, il a examiné les fèces et a obtenu un résultat négatif au point de vue de la présence du sang. Cet examen n'a pas pu donnner des résultats probants à Hartmann, parce que dans nombre de cas de ce dernier, on a fait usage de la sonde stomacale, qui provoque souvent des hémorragies.

Les malades de Lenhartz étaient tous profondément anémiés (leur sang ne contenait parfois que 20 0/0 d'hémoglobine), aussi la suralimentation relative s'imposait-elle chez eux.

L'orateur persiste à ne pas admettre l'emploi de lavements nutritifs : il est inutile d'adopter ce mode d'alimentation, puisque les malades supportent fort bien l'alimentation par voie stomacale.

E. Vogt.

Constipation, causes et traitement, par David Riesman (*The Therapeutic Review*, février 1904). — La constipation est un mal très commun, sa fréquence justifie les nombreux articles qu'on

lui a consacrés. L'auteur a vu une jeune fille qui n'allait à la selle que tous les mois au moment des règles, la mère restait quinze jours sans aller à la selle. Les cas de constipation prolongée, même sans troubles apparents, ne sont pas rares.

L'auteur divise les causes de la constipation en fonctionnelle et organique.

La première comprend l'habitude de résister au besoin naturel pour une raison ou pour une autre. C'est une très mauvaise habitude, parait-il, de lire en allant à la selle, on ne peut, dit Illowan, vider l'intestin et remplir la tête en même temps. L'auteur signale ici : le défaut d'exercice, l'alimentation trop riche en viandes ou en œuf, la quantité insuffisante de boissons, surtout chez les enfants, les influences psychiques telles que les formes dépressives des maladies nerveuses, la fièvre, l'ingestion alimentaire insuffisante dans les cas de cancer de l'estomac ou de l'œsophage, l'intoxication saturnine, l'obstruction des conduits biliaires et le cancer de la tête du pancréas, l'obésité, l'habitude d'aller à cheval, l'abus des purgatifs, des lavements, des suppositoires. Les causes organiques sont de deux variétés : les premières dépendent de facteurs exterieurs à l'intestin, les seconds intéressent l'intestin lui-même.

Causes organiques extrinsèques : compression de l'intestin par des tumeurs, par des exsudats, des brides péritonéales, des adhérences développées à la suite de l'extraction de l'appendice, etc., faiblesse des parois abdominales, péritonite, appendicite, déchirure du périnée, hyperchlorhydrie, ulcère, cancer de l'estomac, maladies du cœur, des poumons, du foie et des reins associées à la congestion passive de l'intestin.

Causes organiques intrinsèques : cancer de l'intestin, déplacement, malformation de l'intestin, entérite catarrhale, lésions du rectum et de l'anus, crises rectales de l'ataxie locomotrice, corps étrangers, invagination chronique, rétrécissements consécutifs à la dysenterie, fièvre typhoïde ou tuberculose.

Traitement : régularité volontaire des selles tous les matins à la même heure. Interrompre pendant un certain temps l'usage de tous les purgatifs pour le reprendre en cas de nécessité. Faire suivre un régime capable de combattre la constipation : légumes, fruits, graisses, tout en suivant les indications thérapeutiques suivant les maladies. L'eau froide est préférable à l'eau chaude comme boisson ; l'auteur fait boire un verre d'eau avant le déjeuner et deux verres avant de sortir de table.

Les exercices variés, la gymnastique, le massage de l'abdomen ne doivent pas être oubliés.

Les lavements d'huile sont un des meilleurs moyens à opposer à la constipation, on injecte 60 à 120 grammes d'huile ordinaire. Des cas de constipation datant de plusieurs années ont été guéris par le régime d'ingestion plus abondante d'eau et les lavements d'huile. Les pulvérisation d'éther sur l'abdomen ont été préconisées par Boas ; elles sont répétées tous les deux ou trois jours suivant les cas ; le froid produit par l'évaporation est un stimulant puissant des mouvements péristaltiques. L'application de la glace aurait probablement un résultat analogue.

Si la paroi abdominale est relâchée, s'il y a déchirure des muscles droits ou rein flottant, le port d'un bandage abdominal est nécessaire.

Parmi les préparations pharmaceutiques, le cascara et l'ésérine sont celles qui donnent les meilleurs résultats, d'après l'auteur. Enfin, l'électricité et certaines indications opératoires peuvent intervenir.

L. Jumon.

Traitement de la dysenterie sporadique aiguë, par S. Cain (*The medical age*, avril 1904). — L'engorgement du système porte, l'altération des sécrétions hépatiques et intestinales étant des conséquences constantes aussi bien que des circonstances prédisposantes de la maladie, les fonctions du foie réclameront d'abord toute l'attention dans le traitement. De petites doses de calomel, soit 0 gr. 02, associées à l'opium et au camphre répondant à cette indication. S'il faut recourir à d'autres agents pour diminuer les sécrétions, on peut employer l'acide gallique à dose de 0 gr. 06 à 0,15 centigrammes. Il est probable que l'ipéca stimule mieux que le calomel l'activité fonctionnelle du foie et des glandes intestinales, l'on peut donc commencer par l'ipéca si les malades acceptent facilement ce traitement.

Dans la suite l'hygiène et le régime suffisent pour la guérison. Si cependant, la maladie persiste, si les évacuations douloureuses continuent, avec élévation de température, sécheresse de la langue, il faut un traitement plus actif et l'on se guidera ici sur le caractère de la douleur, la nature des selles et l'état général. Un purgatif salin permettra d'abord de nettoyer les intestins. Cependant l'auteur donne la préférence à l'huile de ricin donnée à dose de 8 grammes toutes les deux heures et additionnée d'une goutte d'essence de Cannelle et de Gaultheria, jusqu'à production de selles ; si la douleur est intense, on peut employer quelque préparation d'opium. Si, d'autre part, le ténesme domine, accompagné d'hémorrahgies, et si les symptômes indiquent des

localisations de la maladie dans les parties inférieures du gros intestin, on donnera un purgatif salin, à petites doses qu'on répétera toutes les deux heures jusqu'à production des selles.

Si le gros intestin n'est pas trop sensible, on obtiendra un grand soulageement par les lavements d'eau tiède additionnés d'acique borique. On prescrira le repos absolu au malade et on ne permettra aucun aliment capable de laisser des résidus fermentescibles. S'il y a élévation plus ou moins forte de la température, on fera des lotions d'eau tiède alcoolisée.

Quand les premiers stades de la maladie sont passés on se trouvera bien de l'emploi de la limonade nitrique ou chlorhydrique. S'il se produit de l'adynamie, l'auteur ajoute à la limonade de la teinture de noix vomique et prescrit la quinine à doses toniques. L'auteur a peu de confiance dans le sulfate et l'arsenite de cuivre, non plus que dans les préparations de bismuth. Pour atténuer les douleurs lombaires, on peut faire des applications chloroformées.

Dans la forme sporadique, l'ipéca à hautes doses très actif dans les formes épidémiques, doit être rejeté.

L. Jumon.

Traitement chirurgical de la colite chronique (*33e Congrès all. de chir.*, avril 1904). — Von Beck s'est occupé des moyens chirurgicaux à opposer aux inflammations invétérées du gros intestin. Il faut, naturellement, faire un choix rigoureux des cas; les causes sont si diverses qu'il ne saurait être question d'intervention dans la majorité des cas où il s'agit d'inflammation secondaire. Ceci dit, il propose l'exclusion du côlon par l'*iléo-sygmoïdostomie*, qu'il a exécutée cinq fois. Il a eu une mort, occasionnée par l'emploi du bouton de Murphy. Les autres malades ont été améliorés par l'opération.

A. Benoit.

L'adrénaline dans les hémorragies du tube digestif (*Société des médecins de Vienne*, 11 mars 1904). — Le Dr Schlesinger présente deux cas dans lesquels cette médication a donné de bons résultats :

1° Hémophile avec entérorrhagies graves, qui cédèrent à l'administration de 10 gouttes toutes les heures d'une solution au millième. On constata à la suite de cette médication, que la coagulation du sang s'effectuait beaucoup mieux qu'auparavant;

3° Femme atteinte de maladie de Werlhoff : hémorragies abondantes ayant pour siège le tégument cutané et les muqueuses. Les gastrorrhagies avaient mis l'existence en danger : elles furent enrayées par l'adrénaline.

L'orateur dispose, en outre, de plusieurs observations d'entérorrhagies qui ont été de même favorablement influencées. Chose curieuse, l'hémoptysie n'est pas dans le même cas. On n'observa ni accidents toxiques, ni augmentation de la pression sanguine.

E. Vogt.

Nouvelles opérations sur les voies biliaires (*33e Congrès de la Soc. Allem. de chirurgie*, avril 1904). — M. Kehr a réuni plusieurs interventions nouvelles, dont il fait part au Congrès. Ce sont, dit-il, des faits nouveaux en chirurgie biliaire. Dans un cas, il s'agit de guérison d'un anévrysme de l'artère hépatique par la ligature. Les autres cas nous montrent la possibilité d'abouchements divers des diverses parties des voies d'excrétion du foie avec le tube digestif. Ayant été obligé de faire pour un néoplasme malin, l'ablation de la vésicule biliaire, du canal cystique et de la plus grande partie du cholédoque, il implanta le canal hépatique demeuré sain dans le duodenum. La bouche *hépatico-duodénale* semble fort bien fonctionner.

Dans une opération, où il fit *l'hépato-cholangio-entérostomie*, il y eut guérison opératoire. La patiente quitta l'hôpital après cinq semaines et mourut ultérieurement, sans qu'on pût préciser la cause du décès.

Un autre fait plus compliqué nous montre un abouchement d'un kyste pancréatique dans la vésicule biliaire et cette dernière *dans l'estomac*, au voisinage du pylore. Les fonctions de l'estomac ne paraissent pas troublées par le passage du suc pancréatique et de la bile. L'A. a dû aboucher 14 fois la vésicule biliaire avec l'estomac sans accident. Seul, pour M. Enderlen, l'abouchement permanent entre les canaux biliaires intra-hépatiques et l'intestin est irréalisable. Chez les animaux, il est suivi de cicatrisation rapide. On peut mettre en doute par suite la réalité de l'hépato-cholangio-entérostomie dans le cas fourni par M. Kehr. Il vaudrait mieux, selon M. Hirschberg, créer d'emblée une fistule hépatique (cholangiostomie).

On a signalé la formation possible d'une nouvelle vésicule biliaire aux dépens du canal cystique. M. Haberer (de Vienne) a pu s'en rendre compte sur le chien. Mais si on fait la ligature au niveau de l'abouchement du canal cystique dans le cholédoque, le fait n'a pas lieu. On doit donc en tenir compte, en chirurgie biliaire.

A. Benoit.

Traitement chirurgical de l'hépatoptose (33e *Congrès de chir. Allem.*, avril 1904). — M. Mayer (de Bruxelles), fait connaître la pratique de M. Depage pour fixer le foie dans les cas où sa chute occasionne des troubles sérieux, notamment des crises douloureuses; dans les cas légers, *hépatopexie avec lambeau péritonéal.* Dans les cas graves, résection de la paroi abdominale et fixation plus solide, comme le préconisent les auteurs modernes, avec des points de suture qui passent largement à travers la substance hépatique et les couches musculaires. M. Depage, dans un cas où le ventre en besace n'était pas très marqué, se contenta de placer la malade en Trendelenburg, d'inciser au-dessous du rebord costal sur 15 centimètres en travers et de décoller une bande de péritoine de 5 cent. de large, restant adhérente à la lèvre supérieure de la plaie. La repliant ensuite, il l'appliqua sur la face postérieure du bord du foie et l'y fixa par une suture. Sa malade, pour laquelle on avait fait le diagnostic de tumeur rénale, fut guérie de ses douleurs d'une manière durable.

A. Benoit.

Appareil pulmonaire
Cœur et Vaisseaux

Dr G. Lyon

Ex-chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Quatre cas de tuberculose traités par les injections sous-cutanées de sérum de Marmorek, par H. de Rothschild et L. Brunier (*Le Progrès médical*, 23 avril 1904). — Ce travail se rapporte à 4 cas, dans lesquels on fit en tout près de 120 injections, à l'exclusion de tout autre traitement.

Le sérum a été d'une innocuité parfaite aussi bien localement qu'au point de vue général. Localement, on n'a constaté ni érythème, ni abcès, ni douleurs consécutives aux injections, sauf peut-être chez une malade qui ressentit, après la dernière injection, pendant deux à trois jours, des douleurs vagues dans les articulations et les jambes. Au point de vue général son innocuité a été non moins manifeste : jamais on n'a constaté après les injections de réaction fébrile, la courbe des urines s'est maintenue à son taux normal et jamais on n'a pu déceler quelque trace d'albumine.

Contrairement à ce qui avait été avancé, le sérum de Marmorek est donc tout à fait inoffensif si l'on s'en tient aux doses suivantes : ne pas dépasser dix centimètres cubes, les injections étant faites en séries successives séparées par quelques jours de repos.

Le sérum de Marmorek a paru être efficace dans une certaine mesure : une malade atteinte d'ostéo-arthrite tuberculose sterno-claviculaire a été complètement guérie, les trois autres ont été seulement améliorés.

Chez les quatre malades l'état général s'est amélioré d'une façon notable, l'appétit est revenu ; les nuits ont été meilleures, aussi l'augmentation de poids a été chez tous les quatre, pendant la durée du traitement, très manifeste et cela dès les premières injections. Le poids est resté stationnaire du jour où on a cessé le traitement. De plus, chez un des malades, tuberculeux pulmonaire, le sérum a agi comme un véritable antithermique, car la poussée fébrile que ce malade avait tous les soirs a disparu pour faire place à une température normale, en même temps la quantité d'urine émise dans les 24 heures a augmenté sensiblement dès les premières injections. La quantité des expectorations a également diminué, mais les lésions pulmonaires et laryngées sont restées stationnaires.

Dans les tuberculoses osseuses et articulaires ouvertes, la suppuration, aussitôt après les premières injections est devenue moins abondante. Ici, le sérum paraît être plus actif. En effet, la malade atteinte de carie du sternum avec une large ulcération de la peau a été complètement guérie par les injections, alors que le traitement chirurgical proprement dit avait échoué. — Les fistules que portaient 2 autres malades ont non seulement beaucoup moins coulé, mais encore ont eu une tendance à se fermer, car les trajets fistuleux étaient envahis de bourgeons vasculaires de nouvelle formation. Dans un 4e cas de coxalgie très douloureuse avec attitude vicieuse de la jambe, la douleur a complètement disparu dès les premières injections, ainsi que les mouvements de défense du membre, en même temps que la suppuration diminuait considérablement.

Il semble donc que les malades ont retiré un certain profit de cette médication : les auteurs pensent qu'il y a lieu de multiplier les applications cliniques de ce mode de traitement.

E. Voet.

Les sels de calcium et la gélatine considérés comme agents de coagulation du sang, par Gley et Richaud (*La Presse Médicale*, 20 avril 1904). — Les auteurs ayant, l'an passé, démontré à la suite d'expériences que l'action coagulante de la gélatine du commerce ne s'exerce plus si on débarrasse cette gélatine des sels de chaux qu'elle renferme, ont, à la suite d'expériences nouvelles, constaté que, même la gélatine non décalcifiée ne présente pas de propriétés coa-

gulantes : bien plus, elle peut retarder cette coagulation ou même rendre le sang incoagulable.

Pour les sels de chaux, on arrive à une conclusion d'apparence paradoxale : les petites doses paraissent hâter la coagulation du sang, les doses plus élevées restent sans action. Les petites doses de sels de chaux favorisent certains actes fermentatifs, alors que les fortes doses paralysent ces actes.

Donc, si l'on cherche un effet coagulant, il faut administrer de très faibles doses de composés calciques, et comme il est vraisemblable que le chlorure de calcium s'élimine avec rapidité, on devra administrer fréquemment de faibles doses.

Les gélatines du commerce renferment, de leur côté, des albumoses (gélatoses), substances anticoagulantes : la quantité de ces substances a été variable, dans les divers produits examinés par les auteurs, et, dans les solutions gélatinées préparées avec une même gélatine, suivant que la stérilisation a été poussée plus ou moins loin ou à une température plus ou moins élevée. Il arrive même un moment où la proportion de gélatoses formées pendant la stérilisation est assez élevée pour que ces solutions ne se gélifient plus pendant le refroidissement (120° pendant 35 à 40 minutes).

Il est donc difficile de comprendre que la gélatine, introduite sous la peau ou même par voie stomacale dans l'organisme, puisse exercer une action antihémorragique, puisqu'elle n'est pas dialysable ou directement assimilable. Pour qu'elle pénètre dans la circulation, il faudrait l'introduire directement dans le courant sanguin : or, même dans ce cas, elle n'a pas toujours un pouvoir coagulant, ce pouvoir dépendant de la proportion de sels de chaux qu'elle peut renfermer.

Les auteurs concluent au rejet de la gélatine comme agent antihémorragique général.

E. Vogt.

Maladies du système nerveux

Dr P. SAINTON

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine.

Traitement de la neurasthénie, par C. W. Buckley (*Manchester med. Soc.*, 13 avril 1904). — L'auteur considère que les symptômes objectifs sont le principal guide du traitement. Pour combattre les symptômes nerveux, il est généralement nécessaire de soustraire pendant un certain temps le malade à sa famille et à ses relations, et de lui choisir un climat tonique. On tiendra compte des causes accessoires de neurasthénie : troubles fonctionnels hépatiques, rein mobile, entéroptose, troubles des organes génito-urinaires, etc. Il est difficile de supprimer l'hérédité nerveuse, non plus que la vulnérabilité du système nerveux résultant de maladies consomptives ou déprimantes.

Les troubles du système vasomoteur sont communs et très importants, ils doivent être traités par l'hydrothérapie, le massage et les agents physiques ; l'électricité est rarement utile, bien qu'elle agisse sur l'imagination du malade. Les courants continus appliqués sur l'abdomen sont particulièrement utiles dans les cas de constipation.

Une alimentation abondante est nécessaire pour le système nerveux, elle doit être soigneusement choisie et appropriée aux besoins du système nerveux. Le traitement de Weir-Mitchell qui tient compte de tous ces facteurs, doit être suivi de point en point pour être suivi de succès. Les symptômes particuliers, tels que la céphalée, doivent être traités lorsqu'ils surviennent. Les médicaments ont peu de valeur ; les préparations organiques de phosphore, telles que les glycérophosphates, la lécithine, apportent des aliments au système nerveux, mais elles ne sont généralement pas nécessaires si le régime est préparé avec soin. L'arsenic et la valériane sont également utiles, ainsi que la strychnine à très petites doses. Les préparations surrénales sont utiles dans les cas de paralysie vasomotrice. En résumé, c'est du régime et des méthodes physiques qu'il faut attendre les résultats thérapeutiques, tandis qu'on restreindra au minimum nécessaire l'usage des préparations pharmaceutiques.

L. Jumon.

L'électricité dans le traitement des accidents hystériques, par Delherm et Laquerrière (*Arch. d'électr. médicale*, 25 avril 1904). — *Accidents paralytiques.* — C'est la rééducation des mouvements qu'on doit tenter. Il faut procéder du simple au complexe ; rééduquer d'abord un groupe musculaire dont le fonctionnement produit un mouvement simple, et ensuite des groupes de muscles dont le fonctionnement synergique produit des mouvements coordonnés. Dans ce but, on faradise les muscles paralysés, qui se contractent. Ensuite, on invite le malade à faire, au moment où l'on place les électrodes sur les muscles, l'effort mental nécessaire pour produire le mouvement. A plusieurs reprises on répète cette double manœuvre, tout en diminuant de plus en plus l'intensité du courant. On engage ensuite le malade à

exécuter le mouvement sans le secours de l'électricité, et il est bien rare qu'à son grand étonnement le patient ne s'aperçoive pas que le mouvement est maintenant réalisable en totalité ou en partie.

Quand on a traité ainsi un groupe de muscles, on passe à un autre.

Quand on agi de la sorte, il est presque constant, à la fin d'une séance d'une vingtaine de minutes, de voir le malade, qui au début ne pouvait exécuter aucune contraction musculaire, non seulement exécuter correctement des mouvements de toutes ses articulations, mais encore porter la main à sa bouche, ou la mettre sur sa tête, et, même réaliser des actes de préhension et de pression.

Du reste, cette manière de procéder n'est pas toujours uniforme et constante. Dans les cas faciles, il n'est pas besoin d'agir avec autant de méthode ; il suffit de promener les électrodes sur le membre en faisant contracter les muscles. En général, lorsque le malade voit se produire un changement quelque peu appréciable dans son état, il devient facile d'achever sa rééducation. Ainsi, en deux ou trois séances, on arrive à guérir un hémiplégique et à rendre aux membres toute l'activité désirable. Il en est ainsi du moins dans les hémiplégies récentes ; dans celles qui sont anciennes et surtout très anciennes, les résultats sont beaucoup plus longs à acquérir.

Contractures. — Dans les contractures, le médecin doit également procéder d'après le même principe exposé plus haut.

En faradisant au pinceau de Duchenne soit les muscles contractés, soit les antagonistes, ou encore en les galvanisant avec le pôle négatif comme pôle actif pendant qu'on démontre au malade la possibilité de faire des mouvements qu'il ne pouvait naguère exécuter, on arrive à provoquer le relâchement musculaire.

Toutes les variétés de contractures hystériques sont justiciables de ce traitement.

Stigmates sensitivo-sensoriels. — L'anesthésie hystérique ne résiste jamais à l'électricité faradique. Avec ce procédé, on peut dans les cas récents, la faire disparaître ; c'est qu'en effet il permet d'atteindre une énergie d'excitation sensitive, que la chaleur, la piqûre, le pincement, les mouvements ne pourraient produire qu'aux prix de lésions physiques. L'action du courant doit demeurer superficielle. C'est pourquoi il est bon d'assécher la peau avec un peu de talc ou de la vaseline, légèrement; précaution qui aura en outre l'avantage de faciliter le glissement du pinceau qu'on va promener rapidement sur la région anesthésiée.

Dans les cas faciles, il suffit de promener pendant quelques instants le pinceau sur les membres anesthésiés pour que le malade perçoive immédiatement la piqûre de l'épingle.

Dans les cas rebelles, il faut essayer de créer une zone de sensibilité en un point quelconque de la région anesthésiée ; on y parvient facilement en laissant un certain temps le pinceau à la même place et en donnant le maximum d'intensité au courant.

Dès qu'on a pu créer cette zone sensible, il faut s'attacher à l'agrandir dans tous les sens et à faire disparaître ainsi progressivement l'anesthésie.

L'anesthésie des muqueuses, notamment l'*anesthésie pharyngée*, est justiciable du même traitement, ainsi que le *rétrécissement du champ visuel*.

Accidents viscéraux. — La même méthode de rééducation est applicable aux accidents viscéraux. Parmi les accidents laryngés, l'*aphasie*, le *mutisme*, l'*aphonie* sont les plus fréquents. En cas de d'*aphonie*, il suffit parfois de procéder à une faradisation au pinceau de Duchenne de la face antérieure du cou.

En cas de *spasme de l'œsophage* des applications externes suffisent pour obtenir la rééducation nécessaire, et en faradisant la face antérieure du cou, on arrive assez rapidement à obtenir la disparition du spasme.

On peut guérir aussi d'une manière rapide le *vomissement incoercible*. Les malades qui en sont atteints ne savent plus résister à la nausée et ont perdu la possibilité de fermer le pharynx et d'opposer ainsi un obstacle au vomissement. C'est la rééducation de ce mouvement qu'il importe de faire. Pour cela, on emploiera le courant galvanique selon un manuel opératoire spécial.

Les autres manifestations de l'hystérie gastrique; les *hyperesthésies du creux épigastrique*, les *algies stomacales*, etc., d'ordre purement psychique, ne résistent pas aux applications de la faradisation révulsive.

Il est difficile d'analyser en quelques lignes ce travail étendu : nous nous bornons à attirer sur lui l'attention, car il démontre que les méthodes électriques bien appliquées peuvent rendre les plus grands services dans le traitement des accidents hystériques.

E. Voet.

Traitement de la folie épileptique, par le Dr V. Ots y Equardo (*Revista de Especialidades*. nos 106-1903). — L'auteur est un partisan convaincu de la médication par le bromure de potassium de préférence aux autres bromures;

mais il reconnaît cependant ses inconvénients (bromisme aigu et chronique). C'est pour les éviter qu'il s'est attaché à étudier les véhicules les plus appropriés pour éviter l'intoxication bromique. Il a essayé à tour de rôle l'association avec le fer préconisé par Voisin pour éviter l'anémie bromique; le belladone et l'oxyde de zinc recommandé par Ball : l'infusion de valériane préconisée par Mendel; l'administration alternante avec des doses croissantes d'opium d'après Flechsig; les diurétiques, les arsenicaux, les bains tempérés, etc. Finalement l'association la plus acceptable lui a paru celle recommandé par Bechterew, l'infusion *d'adonis vernalis*. Il a eu l'occasion d'employer cette association fort souvent et toujours s'en est bien trouvé.

Cependant dès les premiers essais, il présuma que le médicament prescrit sous la forme recommandée par Bechterew avait le grand inconvénient de ne pas attaquer les fermentation intestinales, lesquelles offrant un milieu de culture approprié à la reproduction des bactéries pathogènes et saprophites, permettraient l'élaboration de nombreuses toxines bacillaires avec la perturbation nerveuse consécutive : pour annuler cet inconvénient, il associe un antiseptique intestinal à son mélange et donne la préférence au benzoate de soude.

Sous cette forme et à des doses croissantes et décroissantes, comme ordonnent aujourd'hui le bromure la plupart des neurologistes contemporains, l'auteur a vu de très bons résultats, comme le démontre le tableau qui accompagne le travail.

F. Bérini.

Ophtalmologie.

Dr Darier

Ancien Président de la Société d'ophtalmologie

La dionine après quatre années d'expérimentation (*La Clinique Ophtalmologique*, janv. 1904), par le Dr A. Darier. — Les propriétés thérapeutiques de la dionine sont si remarquables qu'on doit la considérer aujourd'hui comme un agent indispensable, en ophtalmologie tout au moins; plus précieux en bien des circonstances que la cocaïne elle-même.

L'application de la dionine sur l'œil est douloureuse, c'est là un fait impossible à nier; mais il a été bien exagéré par ceux qui sont tombés, pour leur premier essai, sur des malades idiosyncrasiquement hypersensibles pour ce produit. Il faut, du reste, éviter de mettre la dionine dès l'abord en contact direct avec la cornée; les instillations de collyre et surtout les applications de poudre doivent être faites dans le fond du cul-de-sac.

La dionine provoque du larmoiement, des éternuements et un chémosis conjonctival plus ou moins marqués.

Ce larmoiement, cette hyperémie conjonctivale, cet œdème, ce chémosis constituent tout un ensemble de phénomènes qui mérite bien la dénomination de *lymphüberschwemmung*, que lui a donnée Wolffberg. Cette inondation lymphatique provoque un lavage, un lessivage non seulement de la surface oculaire, mais des espaces lymphatiques sous-conjonctivaux et intra-cornéens, peut-être même des espaces intra-oculaires. Il n'y a pas seulement afflux de liquides, mais aussi de lymphocytes qui sont chargés de la défense de l'organisme, il y a donc production plus active d'antitoxines et de phagocytes.

Cette lixiviation conjonctivale est des plus utile dans le traitement de certaines conjonctivites chroniques pour donner un coup de fouet au processus morbide et donner plus de mordant aux cautérisations subséquentes.

Par ce moyen, on peut aussi préparer le terrain opératoire la veille du jour où l'on opérera une cataracte, un glaucome, etc. Avant d'opérer un glaucome aigu ou subaigu, il est bon de faire, la veille de l'opération, une bonne application de dionine, ce qui permet, dans bien des cas, de se dispenser du chloroforme, l'œil devenant beaucoup moins sensible et moins douloureux. On est arrivé plusieurs fois à amener une telle amélioration que les malades s'estimant guéris, ont refusé l'opération. Ces faits sont connus.

Après l'opération de la cataracte, Wolffberg avait trouvé que la dionine était à la fois un bon antiseptique et un bon moyen d'activer la cicatrisation de la plaie.

Dans toutes les opérations qui ne portent que sur la cornée, instillez toujours la dionine avant d'appliquer le pansement, de même après toutes les extractions de corps étranger, surtout si le corps étranger a provoqué une zone d'infiltration, comme c'est la règle quand il a séjourné quelques jours dans le tissu cornéen; l'A. ainsi, dans bien des cas, amené une résorption rapide de l'exsudat quelquefois même de l'hypopion. Parfois, quand l'éclat métallique est si solidement fixé dans le tissu cornéen que ni aimant ni gouge ne peut l'extraire, en appliquant un peu de poudre de dionine sur la plaie, on provoque un œdème localisé de la cornée qui mobilise et détache le corps étranger, lequel se laisse alors extraire plus facilement.

Dans l'ulcère infectieux, la poudre de dionine déterge bien la surface suppurante et,

dans des cas légers et chez les individus sensibles à la dionine (il y en a malheureusement beaucoup de réfractaires), l'hypopion peut disparaître et la guérison se produire sans qu'il soit nécessaire de recourir aux injections sous-conjonctivales ou au galvano-cautère. Mais où le succès est parfois éclatant, c'est dans les ulcères strumeux des jeunes sujets, avec ou sans hypopion. L'application de la pommade jaune complète le traitement.

Dans les complications infectieuses des opérations de cataracte, quand il y a menace de suppuration, il ne faut pas hésiter à attoucher les bords de la plaie avec de la poudre de dionine ; si la réaction est violente, il y a chance de succès.

Les infiltrations cornéennes diffuses récentes et peu profondes se résorbent promptement sous l'influence de la dionine.

Dans la kératite parenchymateuse grave, il y a peu à attendre de la dionine à la période d'état, mais au début et surtout à la fin, la révulsion qu'elle provoque peut être très utile de même que dans les leucomes. Il faut dans ces affections savoir attendre le moment opportun. La dionine provoquant une accoutumance très rapide ne saurait être employée avec fruit pendant plus de trois jours consécutifs. Aussi dans de telles conditions je prescris à domicile des massages à la lanoline hydrargyrique au calomel, et tous les 8 ou 10 jours je fais moi-même une application énergique de dionine. Ce n'est qu'en cas d'insuccès qu'on doit recourir à l'application de Jéquiritol.

Les hémorragies conjonctivales se résorbent un peu plus rapidement sous l'influence de la dionine, surtout quand elles ne sont pas très abondantes.

Comme anesthésique, la dionine n'a qu'une action absolument négligeable. Cependant, un œil très douloureux qui a subi pendant une heure ou deux l'action de la dionine peut être plus profondément et plus complètement anesthésié par la cocaïne. On peut ainsi opérer des glaucomes aigus qui eussent nécessité l'emploi du chloroforme. L'adrénaline est dans ces cas une épée à double tranchant qui prévient l'hémorragie pendant l'opération, mais provoque parfois des hémorragies secondaires redoutables.

L'analgésie que l'on observe si souvent par la dionine, ne s'obtient pas dans tous les cas; il y a bien des individualités qui sont réfractaires à la dionine. Mais quel est l'agent thérapeutique infaillible ? L'iridectomie elle-même ne l'est pas.

C'est pourtant une bien grande satisfaction que de voir une pauvre vieille femme, âgée de 78 ans, avec un œil perdu antérieurement par glaucome et le deuxième atteint de glaucome suraigu, atrocement douloureux, calmé en quelques heures par instillation de dionine et rendu à la vision par l'ésérine, alors que la pauvre malheureuse, se soutenant à peine, refusait toute intervention chirurgicale !

Les cas de ce genre sont assez nombreux pour montrer que la dionine est un médicament unique et qui a bien mérité de la science.

Et il a encore des applications bien dignes d'intérêt dans certains kératites, épisclérites et surtout certains iritis et iridochoroïdites, où, non content de calmer la douleur, il active la résorption des exsudats iriens et facilite ainsi la mydriase, parfois si difficile à obtenir avec l'atropine seule.

A. Dabier.

Maladies des Voies urinaires

Dr CHEVALIER

Chirurgien des hôpitaux
Ancien Chef de clinique de la Faculté.

Contribution au Traitement des uréthrites chroniques, par Adolfo Cariani (*In Ann. Gen. Ur.*, 1904, page 493. — L'auteur a appliqué la méthode de Motz, que nous avons déjà exposée en 1903, dans cette Revue (grands lavages, remplissage de la vessie, massage sur Béniqué, évacuation de la vessie, et pansement à demeure), dans 20 cas dont 5 d'uréthrite chronique à gonocoques, remontant à 2 et 4 ans, et 15 d'uréthrites non gonococciques de 4 mois à 19 ans de durée. Dans cette seconde catégorie la guérison fut obtenue 10 fois, dans celle des uréthrites gonococciques, les 5 cas guérirent après un traitement de 2 mois.

L'auteur conclut à l'excellence de la méthode.

E. Chevalier.

Traitement ectrolytique de la prostate. par Shœmaker (*Médical Bulletin*, avril 1904). — L'électrolyse de la prostate est indiquée, d'après l'auteur, dès que cette glande se trouve hypéremiée par suite d'excès vénériens, de lésions blennorrhagiques ou du froid; l'hyperémie constitue dans ce cas le premier stade d'une affection qui peut conduire à l'hypertrophie, Les effets dynamiques et chimiques du courant sont de produire la réduction de volume de la glande. On se sert de la même instrumentation employée pour administrer le lavement électrique et on applique le pôle négatif au niveau

de la prostate. Le courant doit être modéré et appliqué pendant un certain temps d'une façon régulière. Le traitement a procuré pour effet de combattre l'atonie de la vessie et des tissus environnants, qui existe presque toujours dans les affections prostatiques et vésicales.

L. Jumon.

La torsion du cordon spermatique (bistournage spontané), par Vanverts (*in Ann. Gen. Ur.*, 1904, p. 401). — Le traitement des torsions du cordon varie :

1° *Si le testicule est en ectopie*, la détorsion par manœuvres externes est impossible : il faut intervenir dans les premières heures, détordre le cordon, abaisser le testicule dans les bourses : si ce dernier temps est impossible, pratiquer la castration. Si la torsion date de plus de 24 heures, il faut faire la castration ;

2° *Si le testicule est descendu dans les bourses*, il faut, dès les premières heures, faire la détorsion par manœuvres externes, ou, en cas d'insuccès, la faire par la méthode sanglante (détordre de gauche à droite). Quand la torsion est plus ancienne, il vaut mieux s'abstenir de toute intervention, à moins que des phénomènes inflammatoires intenses nécessitent la castration.

Si la torsion est à répétition, faire en dehors des crises la détorsion et la fixation du testicule au scrotum.

E. Chevalier.

Résection de la vessie et des uretères dans le cancer utérin (*33e Congrès all. de chir.*, avril 1904). — Dans le cancer utérin étendu, avec propagation aux organes voisins, on n'hésite plus, suivant l'exemple de Mayer, à exciser la paroi vésicale et les uretères, afin de faire une ablation plus large. L'implantation des uretères se fait ensuite à travers une boutonnière de la paroi vésicale, en fixant ceux-ci à un centimètre et demi de cette boutonnière, puis en recouvrant leur extrémité au point d'abouchement vésical, avec des feuillets du péritoine. Cette pratique a pu donner quelques succès.

A. Benoit.

Kystes hydatiques pelviens et rétention d'urine, par H. Hartmann (*in Ann. Gen. Ur.*, 1904, p. 605). — L'auteur a opéré un malade de 18 ans, entré pour une affection abdominale, occasionnant entre autres symptômes de la rétention d'urine. Il s'agissait de kystes hydatiques multiples, les uns dans le foie, les autres dans la région prostatique.

Laparotomie sous-ombilicale. Après le détachement d'adhérences intestino-épiploïques vésicales, on arrive sur une masse de kystes hydatiques du bassin, qu'on incise et dont on marsupialise la poche. Guérison ; dès le soir de l'opération, la miction spontanée s'est rétablie et la rétention d'urine ne s'est pas reproduite.

Hartmann croit que ces kystes hydatiques se développent dans le cul-de-sac péritonéal prérectal et s'isolent secondairement de la grande cavité séreuse.

Le seul traitement est l'incision hypogastrique qu'on fera prudemment, car la vessie est souvent retenue très haut et il faut la contourner avec soin.

E. Chevalier.

Le cathétérisme urétéral thérapeutique, uropyonéphrose colibacillaire aseptisée par les lavages du bassinet, par Rapin (*in Ann. Gen. Ur.*, 1904, p. 610). — Chez une femme de 26 ans avec uropyonéphrose du rein gauche, l'auteur fit la séparation des urines des deux reins avec l'appareil de Luys : il vit que le pus venait du rein gauche. Le cathérérisme urétéral gauche confirma ce point et montra une rétention de 55 grammes d'urines troubles dans le bassinet.

Dix séances de cathétérisme urétéral avec lavages au nitrate d'argent à 1 0/0 (3 à 4 seringues de 4 grammes) ne donnent qu'une amélioration relative. Une injection de 2 à 3 grammes de solution de bleu de méthylène à 5 0/0 provoque des douleurs locales et du malaise et augmente notablement le trouble de l'urine.

Les 11e et 12e lavages donnent une grande amélioration de l'urine, cessation des douleurs. Le 13e lavage montre un résidu de 75 grammes, mais les urines sont claires et aseptiques, et un examen ultérieur le confirme. Ces derniers lavages ont été faits plus copieux (nitrate d'argent à 1 0/0 : plusieurs seringues, nitrate d'argent à 5 0/0 : 20 grammes), ce sont eux qui ont été les plus utiles.

E. Chevalier.

De la décortication rénale dans le traitement de la néphrite (*33e Congr. allem. de chirurgie, in Sem. méd.*, 1904, p. 124). — Rosenstein rapporte 6 observations d'opération d'Edebohls faites chez Israël avec 2 améliorations, 2 résultats négatifs, 1 aggravation, 1 mort. Il ne trouve pas la méthode sans danger, et croit que les cas d'Edebohls si favorables n'étaient pas de la néphrite proprement dite.

Zondek conclut dans le même sens après des expériences sur le lapin.

Bakes n'a qu'un cas avec mort.

Stern, sur 3 cas, a trois insuccès.

Riedel : 1 cas ; 1 insuccès.

Kümmel n'a eu que des résultats peu encourageants.

E. Chevalier.

Traitement chirurgical de la tuberculose rénale (*33e Congrès all. de chir.*, avril 1904). — Discussion assez confuse, les résultats apportés à l'appui des opinions sont assez contradictoires. Nous voyons Kümmel se déclarer partisan de la néphrectomie précoce, sitôt le diagnostic posé. Il faut se servir de tous les moyens connus pour discerner l'état de chaque rein, surtout le cathétérisme des uretères.

Le bacille de Koch est assez facile à retrouver dans l'urine, à la condition que la recherche porte sur une quantité suffisante de sédiment urinaire. Nous ne voyons guère de succès durable, en parcourant les statistiques des auteurs qui ont pris part à la discussion. Souvent la tuberculose éclate quelques mois ou quelques années plus tard du côté opposé, les malades fussent-ils indemnes de toute autre tuberculose viscérale. Il en est même qui vont jusqu'à conseiller de mettre à découvert le second rein, au cours de l'intervention, afin de l'examiner et, en faisant parfois la néphropexie, de le mettre dans les conditions les plus favorables à sa suppléance future. Kronlein pense qu'il est inutile de réséquer aussi l'uretère, car la guérison spontanée de ce conduit est la règle.

On ne peut s'empêcher de reconnaître cependant que le point de départ de ces interventions directes sur le rein est logique, si on considère, contrairement à l'opinion autrefois exprimée par Guyon, que la tuberculose rénale est une tuberculose primitive et non ascendante. Les *femmes*, ainsi qu'il résulte de toutes les statistiques, y sont tout spécialement prédisposées par leurs fonctions physiologiques, qui créent en cet organe un lieu de moindre résistance (grossesse, infections puerpérales, compression, etc...)

Mais il semble que la *néphrotomie*, souvent pratiquée jusqu'à ce jour comme pis-aller, donne des résultats qui ne sont guère inférieurs à ceux de l'ablation unilatérale. Nous ne pouvons accepter comme un succès le fait qu'aucun opéré, dans les statistiques citées, au Congrès, n'est mort d'urémie après l'ablation du rein.

A. Benoit.

Emploi de la théocine en pédiatrie (*Die Ther. der Gegenwart*, avril 1904). — Lorwenmeyer a essayé la théocine chez une enfant de 10 ans, atteinte d'insuffisance mitrale avec troubles de compensation, œdème et oligurie. Les divers médicaments usuels étant restés sans effet, l'auteur prescrivit la théocine en comprimés contenant 0 g. 1 de substance active (3 par jour).

Dès le lendemain, les urines montaient de 1/2 à 3 1/2 litres en 24 heures; pendant 7 jours on continua la médication (urines 2 litres en 24 heures). A ce moment, les œdèmes ayant disparu, on supprima la théocine et l'on prescrivit de la digitale pour agir sur le cœur : on n'obtint aucun résultat et les œdèmes reparurent. Une nouvelle série de comprimés de théocine eut le même résultat qu'auparavant : plus tard, on essaya d'autres diurétiques, mais il fallut revenir à la théocine. Actuellement, on maintient l'enfant en bon état de santé avec 5 à 6 comprimés par jour; l'urine monte à 1 litre 1/2 par jour.

E. Vogt.

Pédiâtrie

Dr E. THIERCELIN

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine.

Traitement du purpura chez les enfants, par L. Sthowell (*Archives of Pediatrics*, mars 1904). — Envisageant le traitement du purpura seulement chez les enfants, l'auteur croit que les prescriptions diététiques ont au moins autant d'importance que les médicaments chez les enfants scorbutiques. On leur prescrira surtout le jus d'orange et de citron.

Le chlorure de calcium augmente la coagulabilité du sang et arrête les hémorragies. On peut avoir recours avec utilité aux acides végétaux, aux astringents, à la térébenthine et à l'arsenic. Parmi les médicaments nouveaux, la stypticine et l'extrait surrénal tiennent le premier rang. On donne la stypticine à la dose de 0,06 centigrammes. La glande surrénale a été administrée sous forme de chlorhydrate d'adrénaline à la dose de 10 gouttes de la solution au millième toutes les deux heures. Mac Adam a rapporté un cas de guérison de purpura foudroyant chez une petite fille de cinq ans. Polackburn et Finsey relatent des cas analogues chez un homme et une femme atteints de purpura hémorrhagique. L'extrait surrénal eut une action rapide alors que les autres médicaments avaient échoué.

L. Jumon.

Traitement hygiénique cardiaque chez les enfants, par Jakob Kassel (*Zeitschr. f. diætet. Ther.*, mars 1904). — Le local habité par les enfants cardiaques doit être aéré, ensoleillé et à l'abri de l'humidité, car des conditions con-

traires aggravent l'anémie chez ces malades et les prédisposent à de nouvelles atteintes de rhumatisme articulaire, et d'endopéricardite. Dans les premières années, on évitera d'envoyer les enfants au bord de la mer, il est préférable de choisir comme séjour la plaine ou des altitudes moyennes. On les protègera contre les refroidissements et les effets nuisibles des transpirations faciles.

Le régime joue un rôle très important chez les enfants cardiaques, on doit éviter toute surcharge alimentaire, et pourvoir régulièrement aux fonctions intestinales. Le régime doit être mixte, en donnant la préférence aux aliments de digestion facile, au lait, aux œufs, aux viandes tendres. Parmi les hydrates de carbone on évitera les graisses de digestion difficile, les choux, le pain grossier, mais on peut permettre les légumes et les fruits en quantité modérée. Ce serait une faute impardonnable de laisser boire plusieurs litres de lait par jour. On ne doit jamais donner aux enfants cardiaques tout ce qui exagère l'action cardiaque et l'excite comme le café, le thé, l'alcool sous n'importe quelle forme, on doit enfin prévenir ces malades des conséquences nuisibles de l'usage du tabac.

Quant aux jeux en plein air, ils sont permis, ce sont seulement les exercices de sport qu'il faut défendre. Une question d'une grande importance pratique est de savoir si les cardiaques peuvent prendre des bains de rivière. Tous les médecins seraient unanimes à proscrire les bains froids, tant qu'il ne s'est pas écoulé un certain nombre d'années depuis la dernière atteinte de rhumatisme ou d'endocardite. Mais l'expérience montre que les enfants qui ont une lésion valvulaire bien compensée peuvent prendre sans inconvénient des bains froids au cœur de l'été et même des bains de mer. Ces bains pendant l'été procurent un certain endurcissement qui peut protéger contre une nouvelle atteinte de rhumatisme. Mais l'auteur croit que les exercices de natation ne doivent pas être permis. Il est utile d'ailleurs de provoquer cet endurcissement par les lotions froides et les frictions, seulement un ou deux ans après la dernière maladie.

Les enfants ne doivent pas fréquenter trop tôt l'école, où on doit leur laisser une certaine liberté. Les enfants ne doivent pas se lever de bonne heure et leur chambre doit être suffisamment aérée et ne pas être trop chauffée pendant l'hiver.

Enfin le choix d'une profession peu fatigante doit être l'objet de la préoccupation des parents pour les malades.

L. Jumon.

Pharmacologie

Dr E. VOGT.

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

Associations de l'antipyrine par Martinet (*La Presse Médicale* 20 avril 1904) : 1° *Association corrective.* — Dans le but de neutraliser l'action nocive de l'antipyrine sur la muqueuse stomacale, et d'augmenter la tolérance générale de l'organisme, l'auteur recommande le mélange suivant :

Antipyrine	0,10 gramme
Bicarbonate de soude	1 —
Acide tartrique	0,60 —

Pour un paquet, à prendre dans un verre d'eau sucrée.

Cette formule est à recommander dans le mal de mer, la migraine, etc. ;

2° *Association synergique.* — Dans les névralgies dentaires violentes, on prescrira avec avantage :

Chlorhydrate de morphine	1 gramme
Antipyrine }	
Bicarbonate de soude }	ãã 1 —
Acide tartrique }	
Lactose	2 —

Pour un paquet: Un à trois dans les 24 heures.

Si l'on veut associer l'antipyrine au salicylate de soude, on se souviendra que ce mélange devient pâteux et irrite l'estomac ; on formulera donc, pour éviter ce double inconvénient :

Antipyrine	5 grammes
Bicarbonate de soude	6 —
Salicylate de soude	10 —
Eau distillée	10 —
Rhum	30 —
Sirop d'écorces d'oranges amères	150 —

Chaque cuillerée à soupe contient 1 gr. de salicylate et 0,50 gr. d'antipyrine.

L'Association quinine-antipyrine augmente considérablement la solubilité des sels quiniques, renforce les actions propres de chaque composant et diminue l'excitabilité réflexe des fébricitants;

3° *Incompatibilités.* — L'antipyrine donne naissance à un liquide si on la mélange au benzo-naphtol, au phénol, au thymol, à l'uréthane; elle forme une masse pâteuse avec le salicylate de soude, le salol, le pyrogallol.

Elle est précipitée de ses solutions par le tannin.

E. Vogt.

Sur l'emploi de la scopolamine (bromhydrate de) dans la pratique médicale, par Liepelt (*Berlin Klin. Woch*, 11 avril 1904). — La scopolamine a été recommandée dans les états d'excitation chez les cardiaques, dans l'agitation motrice chez les aliénés, mais en dehors de la pratique spéciale elle a été employée dans la thérapeutique générale. L'auteur l'a employée dans les états les plus divers d'agitation et l'a trouvée de beaucoup supérieure au chloral et à la morphine, surtout dans le traitement du *delirium tremens*. Son action est certaine et n'est pas accompagnée de phénomènes secondaires fâcheux. Les cas dans lesquels Liepelt a employé ce médicament concernent le délire alcoolique, le délire pendant la pneumonie, le délire de la méningite tuberculeuse, de la fièvre typhoïde. Dans tous ces cas la scopolamine procura le calme ou le sommeil pendant plusieurs heures. Cette substance se trouve dans la jusquiame et la scopolia atropoïdes. Elle dilate la pupille et paralyse les extrémités motrices du moteur oculaire commun quand on la dépose sur la conjonctive. Elle paralyse les muscles lisses. la sécrétion glandulaire et l'appareil d'inhibition cardiaque. La scopolamine partage ces actions avec les autres tropéines. Mais tandis que les autres tropéines, surtout l'atropine, déterminent des phénomènes d'excitation cérébrale, la scopolamine détermine surtout de l'assoupissement, elle diminue l'excitabilité de l'écorce cérébrale.

L'auteur a toujours employé le bromhydrate de scopolamine en solution dans l'eau à raison de 0 gr. 01 pour 10 gr. d'eau. Cette solution doit toujours être récente et claire, on l'emploie en injections sous-cutanées. La dose doit se régler d'après le degré d'excitation, d'après l'âge du malade et surtout son poids. En général 0 gr. 0004 à 0 gr. 0008 du médicament suffisent pour obtenir une action calmante. Cette action se produit en général immédiatement et persiste souvent 3 à 5 heures. Le médicament est toujours bien supporté, même à la dose maxima de 1 milligramme. Il n'y a jamais eu aucune raison de dépasser cette dernière dose et l'auteur n'a pas observé d'actions accessoires.

L'action calmante de ce médicament fait que les difficultés des soins à donner aux malades atteints de délire fébrile ou autres sont considérablement diminués. Parfois le médicament échoue, mais les cas favorables sont en majorité. Les avantages de la scopolamine sur les autres médicaments seraient considérables, car elle donne des résultats bien supérieurs aux calmants ordinaires même employés à hautes doses.

L. Jumon.

Aspirine (*Medicinkoie Obosr.*, n° 11, 1903). — Finkelstein a employé l'aspirine dans 47 cas de différentes affections. L'aspirine à la dose de 1 gramme, et plus, abaisse la température de 1 à 2°; cet abaissement de température est généralement accompagné d'une transpiration, parfois très abondante. L'action calmante de l'aspirine se manifeste toujours, parfois très rapidement. Les douleurs névralgiques, particulièrement dans la grippe, de même que dans la pleurésie sèche, cèdent rapidement à l'aspirine.

Prise le soir, l'aspirine favorise un sommeil prolongé et tranquille. Dans le rhumatisme, la rougeur, la tuméfaction passent rapidement, en même temps que les exsudats se résorbent. Il faut cependant faire remarquer que les exsudats pleurétiques ne manifestent pas une tendance notable à la diminution. L'auteur n'a jamais observé ni nausées, ni vomissements, ni éruptions ou tout autre phénomène.

La pression sanguine s'élève; le pouls se ralentit notablement (65 à 60 pulsations par minute), il devient tendu et dur. Les affections cardiaques ne constituent pas une contre-indication à l'administration de l'aspirine. L'aspirine est particulièment indiquée dans le rhumatisme aigu, dans la névralgie et la pleurésie sèche. Elle est également très utile dans la grippe, dans le rhumatisme articulaire chronique et musculaire et dans la goutte. L'auteur prescrit l'aspirine en paquets de 1 gramme, 4 à 5 paquets par jour.

Sur les 47 malades observés par l'auteur étaient atteints : 18 de rhumatisme articulaire aigu; 7 de rhumatisme subaigu; 8 de rhumatisme chronique; 4 de pleurésie séreuse; 5 de pleurésie sèche et 5 de grippe. Dans 4 cas de pleurésie exsudative l'aspirine est restée inefficace. Dans les autres cas, elle a déterminé une amélioration et même la guérison.

J. Roublepp.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Congrès international de la tuberculose (*Paris, 2-7 octobre 1904*). — Dans sa dernière séance, le comité d'organisation du Congrès international de la tuberculose à Paris a décidé de reculer d'un an l'ouverture du Congrès, précédemment fixée au mois d'octobre 1904.

Le Congrès se tiendra à Paris, du 2 au 7 octobre 1905, dans le Grand-Palais (section de l'avenue d'Antin).

Cette décision se trouve motivée par la raison suivante : Les Etats-Unis d'Amérique avaient fixé primitivement au printemps de 1904 l'ouverture d'une Exposition internationale qu'ils préparent à Saint-Louis ; or, il arrive que l'Exposition internationale de Saint-Louis comportera, du 3 au 5 octobre, un Congrès international de la tuberculose.

V. E. M. 1904. — Le 6e voyage d'études médicales aura lieu sous la direction scientifique du Pr Landouzy, du 3 au 15 septembre 1904.

Il comprendra les stations du centre et de l'Auvergne : Néris, Evaux, Le Mont-Dore, La Bourboule, Saint-Nectaire, Royat, Chatel-Guyon, Vichy, Bourbon-l'Archambault, Bourbon-Lancy, Saint-Honoré, Fougues — les Sanatoriums de la Motte-Beuvron et de Durtal — les stations climatiques de Vic-sur-Cère et du Lioran.

Le Programme détaillé sera publié en mai 1904, par le Dr Carron de la Carrière, organisateur des V. E. M., 2, rue Lincoln, Paris.

Cours pratique d'hypnotisme et de psychothérapie. — MM. les Drs Berillon et Paul Farez commenceront le jeudi 26 mai 1904, un cours d'hypnotisme et de psychothérapie.

Ce cours sera privé; il comportera des démonstrations pratiques et sera complet en douze leçons ; il se fera à l'Ecole de psychologie, 49, rue Saint-André-des-Arts, où les inscriptions sont reçues les mardis, jeudis et samedis, de 10 heures à midi. On peut également s'inscrire par correspondance.

Le droit d'inscription est fixé à 60 francs.

Les leçons auront lieu aux dates suivantes :

M. le Dr Berillon, les 26, 28 et 31 mai, les 2, 4 et 7 juin, à 10 h. 1/2 du matin.

M. le Dr Paul Farez, les mêmes jours à 5 heures de l'après-midi.

BIBLIOGRAPHIE

Thérapeutique des maladies de la peau, par le Dr Leredde, directeur de l'Etablissement Dermatologique de Paris ; 1 volume in-8° avec figures dans le texte (Masson et Cie, éditeurs), 10 fr.

Avec les moyens dont dispose la thérapeutique actuelle, on peut dire, sans craindre le reproche d'exagération, que toute dermatose traitée correctement doit être améliorée, que dans un grand nombre de cas elle guérit avec rapidité, d'une manière passagère ou définitive, que toutes les sensations pénibles éprouvées par le malade peuvent être soulagées et deviennent presque toujours tolérables quand elles ne sont pas supprimées d'une façon complète. Or, un livre de thérapeutique dermatologique, publié par un spécialiste, doit avoir pour but d'apprendre au médecin tout ce qu'il peut faire lui-même et les services qu'il doit rendre aux malades. Les ouvrages qui ont été publiés jusqu'à présent sur ce sujet, paraissent écrits pour des médecins déjà informés qui auront besoin de tous les renseignements concernant le traitement de telle ou telle maladie ; mais, pour ceux qui cherchent à s'initier à la thérapeutique des dermatoses, il importe de connaître surtout les méthodes simples, faciles à employer et dont ils comprendront bien l'indication, le mode d'action l'effet probable.

C'est cette forme nouvelle que le Dr Leredde a donné au livre qu'il publie aujourd'hui. Il a groupé les procédés de la thérapeutique dermatologique sous forme de méthodes générales qu'il convient d'appliquer dans chaque cas par-

ticulier. La première partie de l'ouvrage, consacrée à la thérapeutique générale, contient les différentes méthodes employées en thérapeutique dermatologique externe et dans le traitement interne des dermatoses. Dans la seconde partie, consacrée à la thérapeutique spéciale, l'auteur rappelle sommairement les caractères essentiels des dermatoses, ceux surtout nécessaires à leur diagnostic, et expose les méthodes qu'il considère comme réellement actives, cela de la manière la plus simple possible. L'ouvrage est complété par un *Formulaire thérapeutique* indiquant les procédés généraux de la dermothérapie et qui rendra les plus grands services aux praticiens.

Nouvelles consultations médicales. Clinique et thérapeutique, par H. Huchard, médecin de l'hôpital Necker, membre de l'Académie de médecine. 1904, 1 vol. in-8, de 620 pages : 10 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

Le volume des *Consultations médicales* de M. Huchard, a été le plus gros succès de librairie de ces dernières années. Aujourd'hui paraissent sous le titre de *Nouvelles Consultations médicales*, un nouveau livre où se retrouvent les mêmes qualités qui ont fait le succès du premier et qui est certainement appelé à la même vogue. Un tel résultat suffirait à démontrer, si cela était nécessaire, que la forme pittoresque, familière, pratique surtout, adoptée par l'auteur était bien celle qui convient au médecin déjà lancé dans la pratique, à qui le temps manque pour suivre au jour le jour la marche évidemment progressive, mais un peu... sinueuse, de la science contemporaine, et qui, dans un cas embarrassant, désire trouver de suite la solution cherchée, donnée non à la façon des manuels secs et impersonnels, mais dictée par un des maîtres dont le sens clinique, la sagesse, la prudence, dissimulant une documentation parfaite — mais classée, pesée, jugée à part soi, — font autorité dans la science.

Ce volume, c'est Huchard lui-même appelé en consultation et parlant au lit du malade, débrouillant clairement une pathogénie bien clinique et dégagée des brumes des laboratoires, faisant ressortir les symptômes qui seuls doivent compter, et dictant avec une expérience consommée la marche à suivre pour un traitement rationnel.

Ces consultations sont publiées telles qu'elles ont été données, le vendredi, à l'hôpital Necker, presque sans autre préparation que le fond inépuisable d'expérience et d'observation qui appartient à l'auteur. Nulle part, on ne sent la tendance au livre, à l'œuvre d'airain, et c'est magistral néanmoins par l'autorité qui s'en dégage. Il s'y trouve de tout : de l'élémentaire qu'on ne répétera jamais trop parce qu'il est fondamental et dédaigné; du raffiné aussi, des analyses minutieuses à l'interprétation délicate, controversée, où l'auteur apporte toute l'autorité de sa longue expérience.

Il faut lire toutes ces consultations, aussi captivantes que les *Cliniques de Trousseau*, dont elles rappellent la magistrale lucidité.

Il y a vraiment là en deux volumes toute la bibliothèque de chevet du praticien.

Nlle Imprimerie, E. Lasnier directeur, 35 37 rue St-Lazare. Paris *Le Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL

TRAVAUX ORIGINAUX

DE L'INFLUENCE DE L'ÉTAT NAISSANT SUR LES PROPRIÉTÉS DES MÉDICAMENTS ET DE SES APPLICATIONS THERAPEUTIQUES

Par M. Albert Robin.

I

Dans les actions thérapeutiques des médicaments synthétiques, les propriétés des groupes chimiques mis en liberté au contact des tissus, sont intimement liées, d'une part, à la constitution moléculaire de ces groupes, mais, d'autre part aussi, à ce que ceux-ci sont à l'état naissant, au moment où ils se dissocient de leur groupement originel. On sait combien cet état naissant exalte l'activité des corps, et quelles intensités celle-ci peut alors atteindre.

La thérapeutique peut tirer grand parti de cette propriété qui n'a, pour ainsi dire, pas été étudiée jusqu'à présent, et dont les manifestations ont été laissées au hasard. Cependant, en y regardant de près, on voit que nous sommes déjà en possession d'un nombre notable de faits dont l'ensemble possède assez de valeur pour permettre de bien augurer des recherches qui viendront certainement l'étendre et le compléter.

N'est-ce pas, en effet, une tentative thérapeutique digne de toute notre attention comme de tous nos efforts, que celle qui consiste à obtenir le maximum d'effet avec le minimum de dose, puisque si tel médicament est rendu plus actif par un procédé quelconque, ses effets seront plus considérables avec une dose moindre.

II

On sait la place importante que l'eau oxygénée a pris dans la pratique médicale. C'est un antiseptique puissant, et c'est peut-être le plus puissant des antiseptiques connus. A quoi doit-elle cette énergie, si ce n'est à l'oxygène naissant qu'elle dégage quand elle est aux prises avec les tissus organiques ?

Mais voici que Wiede, Melioff et Saedel viennent de montrer que l'eau oxygénée pouvait entrer en combinaison moléculaire avec des sels et se substituer en tout ou partie

à leur eau de constitution. Et tout récement (1), Willstaetter à qui l'on doit déjà la synthèse de la cocaïne, a remarqué que la fixation de l'eau oxygénée comme eau de cristallisation, était un phénomène très commun, et il décrit plusieurs sels parfaitement définis.

Ainsi, quand l'on fait dissoudre du sulfate d'ammoniaque dans de l'eau oxygénée à 30 0/0, et qu'on abandonne la solution sur l'acide sulfurique, il se dépose des cristaux renfermant une molécule d'eau oxygénée de cristallisation. Ces cristaux dégagent une odeur d'ozone ; ils perdent lentement à l'air leur eau oxygénée et l'abandonnent à l'éther quand on l'agite avec ce liquide. Le sulfate de soude, traité de la même façon, cristallise avec une molécule d'eau ordinaire et une molécule d'eau oxygénée, avec cette particularité qu'il retient plus facilement la seconde que la première. Le borax, l'alun, l'acétate de soude se comportent de la même manière. D'après Willstaetter, l'acétate de soude peut contenir jusqu'à 22 0/0 de son poids d'eau oxygénée.

On voit de suite quels avantages la thérapeutique peut tirer de cette découverte. Puisque les sels doubles ont toujours la même composition et renferment la même quantité d'eau oxygénée, on possède ainsi un moyen de la fixer elle-même en proportions définies, donc de la doser exactement, et d'accroître ses effets, puisqu'ainsi fixée, elle sera à l'état naissant quand elle sortira de ses combinaisons. De plus, les recherches que j'ai entreprises sur ces produits, m'ont permis de m'assurer qu'il y avait là aussi des moyens de modifier, d'exalter les effets thérapeutiques des sels dont l'eau oxygénée fait partie, d'associer, par exemple, à l'action astringente de l'alun, une action antiseptique vraiment remarquable, d'accroître les effets antiseptiques du borate de soude, comme aussi de réaliser, à la fois, l'évacuation de l'intestin et son antisepsie, en mêlant au sulfate de soude ordinaire qu'on emploie dans ce but, une quantité définie de sulfate de soude, possédant une molécule d'eau oxygénée dans sa constitution?

Cette voie nouvelle que j'ai commencé à explorer, mérite qu'on s'y arrête. Elle ouvre tout un champ de fécondes recherches, et ce que l'on sait déjà de l'activité de certains composés qui dégagent de l'oxygène à l'état naissant et dont il va être question, est bien fait pour encourager les chercheurs et motiver les plus grandes espérances sur le succès et la portée des travaux qu'ils entreprendront dans cette direction.

II

En effet, étudions rapidement trois composés qui viennent d'être introduits récemment en thérapeutique, et dont j'ai poursuivi l'étude clinique.

Les peroxydes de calcium et de magnésium mettent en liberté tout leur oxygène actif au contact du suc gastrique. Enrobez-les dans de la kératine, ce qui leur permet de passer dans l'intestin sans être dissociés par leur séjour dans l'estomac, ils deviendront de remarquables antiseptiques intestinaux. Sous leur influence, j'ai vu diminuer dans l'urine l'acide sulfurique conjugué, le phénol et l'indoxyle, ces témoins des fermentations intestinales. Ils diminuent la fétidité des selles et combattent la diarrhée, mieux que tout autre agent, mais à la condition que cette diarrhée ait des fermentations pour origine. Ils pourront même être utilisés à titre de moyen de diagnostic, puisqu'ils sont à peu près sans effet sur les diarrhées séreuses, vaso-motrices, bilieuses, nerveuses, tuberculeuses, etc.

Je viens d'en avoir deux exemples bien typiques. Voici un phtisique à la troisième période, atteint d'une diarrhée cachectique et peut-être tuberculeuse, qui l'épuise ; les selles sont liquides, sans fétidité marquée, peu colorées, de réaction neutre ou alcaline.

(1) Willstaetter, *Berichte der deutschen chemischen Gesellschaft*, p. 1828, 1903.

A la dose de 1 gr, 50 par jour le peroxyde de magnésium est sans effet : on ne parvient à modérer la diarrhée qu'à grand renfort de préparations tanniques et opiacées, associées au sous-nitrate de bismuth. Si l'on en suspend l'usage, la diarrhée reparaît, et il faut administrer, pendant plusieurs jours de suite, 4 grammes d'oxyde de zinc pour obtenir une accalmie plus marquée.

Au contraire, un pleurétique est pris, pendant la convalescence de sa maladie, d'une diarrhée d'abord incoercible. Dans les vingt-quatre heures, il a douze selles extrêmement fétides, très acides au papier de tournesol. Cette diarrhée acide me paraît être la conséquence d'une hyperacidité gastrique dont l'analyse chimique du contenu stomacal nous confirme l'existence. Cette hyperacidité, elle-même, est due surtout à des acides de fermentation. Quand le chyme hyperacide passe dans l'intestin, il y rencontre une quantité insuffisante de secrétions alcalines (liquide des glandes de Brunner, bile, suc pancréatique, suc intestinal) pour que son acidité soit saturée ; la digestion intestinale se fait alors en milieu acide, et les fermentations commencées dans l'estomac s'y continuent pour leur propre compte, en y prenant les caractères spéciaux que le milieu leur impose. Je commence par donner le peroxyde de magnésium, à la dose d'un gramme par jour, dans le but d'obvier aux fermentations gastriques; nous le donnons ensuite en pilules kératinisées, afin qu'atteignant l'intestin, il puisse y développer son pouvoir antiseptique direct et, en peu de jours, les selles perdent leur fétidité et tombent de huit à deux en vingt-quatre heures.

Mais, comme elles restent encore acides, nous saturons le contenu gastrique, à la fin des repas, avec un mélange de carbonate de chaux et de magnésie calcinée et, en deux jours, les selles reprennent leur apparence normale. On a modifié ainsi et successivement les deux conditions génératrices de la diarrhée, avec des moyens qui, au premier abord, semblent paradoxaux, puisque la magnésie, agent laxatif, formait la majeure partie des deux préparations employées.

Hatch (de Londres), Harold Morré et A. Mulstein (de Berlin) pensent même que l'oxygène ainsi mis en liberté peut-être absorbé par le sang, et ils préconisent le peroxyde de magnésium dans les cas où l'action directe de l'oxygène semble efficace. C'est pourquoi ils le recommandent dans certaines anémies et dans diverses manifestations de l'arthritisme.

Le peroxyde de sodium, qui agit de la même façon, est recommandé par Unna dans le traitement de l'acné sébacée ou pustuleuse de la face. Il incorpore de 2,5 à 5 0/0 de peroxyde de sodium en poudre à un mélange de trois parties de paraffine liquide et de sept parties de savon médicinal. A l'aide d'un tampon d'ouate mouillé, il fait mousser ce savon sur la peau, jusqu'à production de cuisson légère, puis il lave rapidement à l'eau fraîche, et applique une pâte zincique. La peau se nettoie et s'assouplit, et les comédons se ramollissent et s'entraînent plus facilement. Unna prétend même que ce traitement peut modifier, dans une certaine mesure, les cicatrices acnéiques.

Le peroxyde de zinc est, pour Fromayer et Morré, un antiseptique purifiant utilisable en dermatologie ; il pourrait même remplacer, avec moins de nocivité, l'iodoforme dans les pansements, d'après Chaput qui vient de l'employer avec succès dans le traitement des plaies infectées, des plaies torpides et dans les pansements utérins et vaginaux (1).

Tous ces agents qui dégagent, au contact des tissus, de l'oxygène à l'état naissant, possèdent une activité très spéciale qui légitime leur entrée dans la matière médicale

(1) Chaput. Le peroxyde de zinc en chirurgie, *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie*, 27 avril 1904).

moderne. Mais tous, ils sont similaires, en ce sens qu'ils représentent des peroxydes métalliques dans lesquels l'influence du métal passe en second plan, devant le rôle prépondérant de l'oxygène naissant. Mais combien s'élargira le champ des applications thérapeutiques, quand viendra s'y joindre l'action spéciale du composé sur lequel cet oxygène sera fixé, et la liste de ces composés est presque sans limites, puisque la plupart des sels, à eau de constitution, possèdent la faculté d'entrer en combinaison avec l'eau oxygénée! Qu'on réfléchisse aux effets simultanés que l'on obtiendra avec cette association, aux propriétés nouvelles qui viendront s'ajouter à celles déjà connues des sels en question, aux modifications qu'elle imprimera peut-être à ces propriétés anciennes, et l'on comprendra l'immense avenir qui lui est réservé, puisqu'on réalisera ainsi la synthèse d'activités multiples et connexes dans un seul médicament.

IV

Mais ce n'est pas là le seul exemple que l'on puisse donner du parti à tirer de cette hérapeutique par les agents à l'état naissant.

Considérez la monochloralantipyrine ou hypnal de Bardet qui résulte de la combinaison d'une molécule de chloral hydraté avec une molécule d'antipyrine. Dans l'organisme, il se dédouble en chloral et en antipyrine, tous deux à l'état naissant. Il est analgésique central par son antipyrine et hypnagogue par son chloral. Or, une dose de 1 gramme suffit presque toujours pour amener le sommeil et calmer la douleur. Cet opium artificiel, suivant l'heureuse expression de Bardet, l'emporte, à poids égal, sur ses composants, au point de vue de leur double action. A quoi l'attribuer, si ce n'est à leur état naissant?

L'aspirine ou acide acéthyl-salicylique $\left(C^6H^4 \begin{cases} COOH \\ OCO-CH^3 \end{cases}\right)$, étudiée par Witthauer, se dédouble dans l'intestin en acide acétique et en acide salicylique. Elle est plus active que le salicylate de soude, et plus analgésique que lui. Si ce n'était son peu de solubilité et les troubles gastriques qui en sont la conséquence, elle remplacerait sans conteste le salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, puisqu'on obtient les mêmes effets avec de moindres doses. N'importe qu'elle a rapidement conquis son droit de cité en thérapeutique et qu'elle a, justement, de fervents adeptes.

La rheumatine ou éther salicylique de la salicyl-quinine ($C^6H^4OH—COO—C^{20}H^{23}Az^2O — OHCOOH$) recommandée par Overlach, donne à l'état naissant de l'acide salicylique et de la quinine: C'est un antirhumatismal plus énergique que le salicylate de soude et c'est aussi un antiseptique. A ce double titre, il est indiqué dans les formes graves, hyperpyrétiques ou très douloureuses du rhumatisme articulaire aigu, aussi bien que dans ses complications viscérales. On commence par l'administrer à la dose d'un gramme trois fois par jour. Et puis on interrompt le traitement pendant trois jours; on donne alors 4 grammes pendant quatre jours, puis l'on suspend pendant cinq jours et ainsi de suite.

Le sidonal est un quinate de pipérazine qu'on emploie beaucoup aujourd'hui dans le traitement de la diathèse urique et de la goutte. Par son acide quinique qui se décompose dans l'organisme en quinone et en acide benzoïque, il se combine avec le glycocolle, l'une des matières premières de l'acide urique et ralentit ainsi sa formation (1).

(1) Rabuteau pensait que l'acide quinique se brûle, dans l'organisme, comme touts les acides organiques, en donnant des bicarbonates alcalins. Mais les expériences de Bardet et de Brissemoret ne laissent aucun doute sur sa transformation partielle en acide hippurique.

Par la pipérazine qui forme avec l'acide urique l'urate le plus soluble que l'on connaisse, il favorise l'élimination de cet acide. On obtient aussi ce double effet, en administrant concurremment la pipérazine et l'acide quinique ou tel de ses similaires jouissant aussi de la propriété de fixer le glycocolle dans l'organisme, mais il faut alors des doses beaucoup plus fortes, et même avec ces doses fortes l'effet est moins certain qu'avec des doses relativement minimes de sidonal qui livre ses deux composants à l'état naissant. C'est pourquoi, les doses de sidonal préconisées par ses promoteurs me semblent sensiblement trop fortes : on réalise les mêmes effets, et cela sans inconvénient digestif ou autre, avec des doses bien inférieures. Avec 0 gr. 50 de sidonal par jour, en deux fois, on finit par réduire sensiblement la production de l'acide urique et, sans produire aucun dommage, on peut continuer assez longtemps à cette dose pour exercer une réelle influence sur la diathèse urique et sur ses multiples manifestations. J'ai constaté avec Bardet (1) que la proportion de l'acide urique dans l'urine diminue rapidement et se rapproche de la normale.

Quelquefois il y a, dès le début du traitement, une sorte de décharge d'acide urique, mais le fait n'est pas constant. Et comme l'ont remarqué MM. Leyden, Blumenthal et nous-même, cet acide urique est remplacé par l'acide hippurique, plus soluble dans l'eau.

Il paraît plus particulièrement indiqué dans la goutte chronique, mais il rendra auss des services dans la goutte aiguë ou subaiguë, chez les sujets qui ne supportent pas les préparations de colchique ou sont rebelles à son action. Dans ces cas, on le donnera à la dose de 3 à 4 grammes par jour, par prises de 0 gr. 50, soit en cachets, soit en solution dans l'eau. La médication sera continuée environ pendant huit jours; mais après la cessation des phénomènes douloureux, il est nécessaire de continuer le médicament à doses décroissantes, pendant une trentaine de jours, puis de le reprendre, toujours à faible dose, dès que reparaîtront dans l'urine des dépôts d'acide urique ou urates.

Les considérations précédentes s'appliquent encore au *quinate de formine* dont J. Bardet a fait récemment une étude approfondie.

V

J'ai introduit en thérapeutique deux agents qui fournissent encore de remarquables exemples de cette action exaltée des médicaments à l'état naissant. L'un est le soufre iodé; l'autre, l'iodure double de bismuth et de cinchonidine ou érythrol.

Le soufre iodé découvert par notre éminent collègue, M. L. Prunier (2), est un corps facilement dissociable qui paraît présenter l'iode et les diverses variétés allotropiques de soufre dans les conditions les plus favorables à leurs applications médicales. C'est cette dissociation facile qui me conduisit à l'employer dans le traitement des fermentations gastriques. M. L. Prunier me conseilla de choisir le soufre iodé de la formule $S^{16}I$. Il donne, à l'état naissant, de l'iode et du soufre qui possèdent une si grande activité chimique, qu'aux doses de 0 gr. 10 à 0 gr. 30, administrés en un cachet au milieu des repas, il produit d'excellents effets sans provoquer aucun inconvénient. Il a peu d'action sur les fermentations acides, et doit être réservé pour les cas de fermentations gazeuses avec flatulence, quand il est bien démontré que cette flatulence ne dépend pas de l'aérophagie si fréquente chez les dyspeptiques névropathes.

(1) G. Bardet. Traitement de la goutte et du rhumatisme goutteux par le sidonal (*Bulletin général de thérapeutique*, 15 avril 1901).

(2) Prunier. Etude comparée des formes sous lesquelles le soufre est employé en médecine, *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XXXIV, 3e série, p. 341, 1895.

Voici l'exemple d'une femme de quarante-quatre ans, type de fermentations gazeuses, qui vit rapidement s'atténuer les symptômes pénibles qu'elle éprouvait, en même temps que les acides de fermentations diminuaient sensiblement, de 0 gr. 60 à 0 gr. 27, exprimés en HCl. Chez cette malade, l'amélioration des fermentations gazeuses et acides permit même une meilleure utilisation de l'HCl et une meilleure digestion des féculents, ainsi qu'on peut s'en rendre compte par l'examen des chiffres suivants :

	Avant.	Après 0 gr. 20 de soufre iodé pendant 9 jours.
Acidité totale du contenu gastrique.....	2 gr. 55	2 gr. 52
HCl libre.....	1 gr. 20	1 gr. 08
HCl combiné aux albuminoïdes.....	0 gr. 75	1 gr. 17
Acides de fermentation, en HCl.....	0 gr. 60	0 gr. 27
Digestion des féculents.....	passable.	bonne.

Cette action restrictive de soufre iodé sur les fermentations est susceptible de nombreuses applications en médecine interne et probablement aussi en chirurgie. Ce composé mérite donc d'être employé, en pilules kératinisées, pour modérer les fermentations gazeuses de l'intestin, par exemple, et dans tous les cas de la pratique chirurgicale où l'on se sert de l'iodoforme. Il a, sur ce dernier, l'avantage d'être moins coûteux et d'amener des effets plus énergiques; mais, en raison de la puissance particulière de l'iode à l'état naissant, on devra n'utiliser que de faibles doses et en surveiller rigoureusement l'emploi.

C'est encore par la mise en liberté de l'iode à l'état naissant, qu'agit le second composé, l'iodure double de bismuth et de cinchonidine ou érythrol.

Il se présente sous l'aspect d'une poudre très fine, rouge vif, insoluble dans l'eau, inodore et jouissant de la faculté de se décomposer lentement en milieu alcalin.

J'ai commencé par l'employer comme topique sur des plaies putrides, et j'ai été tout à fait frappé par ses propriétés désinfectantes. Quoique dépourvu lui-même de toute odeur, l'érythrol appliqué sur des plaies cancéreuses, des ulcères des jambes et même sur des ulcérations fétides de la bouche et des amygdales, détruit rapidement leur mauvaise odeur, grâce à son dédoublement en ses éléments constitutifs, parmi lesquels l'iode libre, à l'état naissant. Ce dédoublement est démontré par ce simple fait que, lorsqu'on enlève le pansement à l'érythrol, on ne retrouve plus trace de sa coloration rouge, mais bien une sorte de résidu en points blanchâtres disséminés sur la surface de la plaie.

Mais le bismuth et la cinchonidine, dissociés aussi à l'état naissant de la combinaison, ne sont pas sans avoir, à leur actif, des propriétés particulières. La cinchonidine, en particulier, est un stimulant de la moelle épinière et du bulbe, ainsi que l'a fort habilement démontré notre savant collègue M. Pouchet. Il est vraisemblable que cette stimulation s'exerce aussi directement sur les extrémités nerveuses, avec lesquelles elle est en contact direct, ce qui explique l'action tonique de l'érythrol sur les plaies, le meilleur aspect qu'elles prennent et leur plus rapide cicatrisation. L'atonie et la putridité des plaies constituent donc les indications du pansement à l'érythrol.

Cette faculté de désinfection par un produit d'apparence inerte et sans odeur personnelle, m'a donné l'idée de l'utiliser aussi dans le traitement des fermentations gastriques et intestinales, et il m'a donné de bons effets dans les cas où ces fermentations s'accompagnent de cette fétidité de l'haleine qui rend ceux qui en sont atteints insupportables pour leur entourage.

Je le prescris à la dose de 0 gr. 05 à 0 gr. 10 associé en un cachet à 0 gr. 10 de carbonate de chaux précipité. Les effets sont assez rapides et se manifestent après cinq à huit jours.

Un des cas les plus remarquables qu'il m'a été donné d'observer est celui d'une dyspepsie hypersthénique chronique avec hyperchlorhydrie et fermentations butyriques secondaires, modalité plutôt rare dans l'ordre des fermentations superposées aux hypersthénies gastriques. Avant l'usage de l'érythrol, l'analyse chimique du contenu stomacal après repas d'épreuve, donnait deux grammes d'HCl libre et 2 gr. 15 d'acide butyrique. Trois jours après, l'analyse donnait 2 gr. 50 d'HCl libre et des traces seulement d'acide butyrique.

Il semble que si le soufre iodé agit plus spécialement sur les fermentations gazeuses, l'iodure double de bismuth et de cinchonidine ait plus d'influence dans les fermentations butyriques.

VI

La connaissance des propriétés si curieuses et si intenses de l'érythrol m'a donné l'idée de fabriquer, avec l'aide de M. Bournigault, mon chef de laboratoire, d'autres iodures doubles de bismuth et de divers alcaloïdes, dans lesquels l'action spéciale de l'alcaloïde employé viendrait se joindre aux effets antiseptiques de l'iode. La liste en est considérable, puisque chaque alcaloïde est capable de former un sel double avec l'iodure de bismuth. Et puis, quelle étendue dans le champ de leur application !

Voici l'iodure double de bismuth et de morphine. Il est d'un rouge moins éclatant que l'érythrol et aussi insoluble et inodore que lui. Qu'on le mélange à l'érythrol en proportion telle que la quantité des produits nécessaire à un pansement renferme un quart ou, au plus un demi-centigramme de morphine, et l'on aura un topique antiseptique, tonique et analgésique, utilisable dans le traitement des plaies atoniques, putrides et douloureuses.

On conçoit donc qu'il soit possible, étant donné une plaie qui présente tels ou tels caractères symptomatiques isolés ou associés, de créer le topique à multiples fonctions adéquates au traitement de ces symptômes.

Et si nous passons de là dans le domaine de la médecine interne, le nombre des applications s'étend tellement qu'on est bien en droit d'affirmer qu'il y a bien là une voie nouvelle ouverte à la thérapeutique. Nous poursuivons l'étude de plusieurs de ces composés qui nous ont paru plus intéressants que les autres, et nous nous proposons d'en faire connaître plus tard les nombreuses applications.

La liste serait bien longue encore, s'il fallait énumérer tous les médicaments dont le pouvoir est exalté par la dissociation de leurs éléments à l'état naissant dans l'organisne. Aussi bien, n'ai-je eu l'intention que de citer des exemples choisis parmi les composés dont j'ai fait une étude personnelle. Mais, si brefs qu'ils soient, ces exemples sont suffisants pour mettre en un haut relief tout l'intérêt qui leur est attaché, et pour susciter de nouvelles recherches dans ce domaine encore presque inexploré (1).

(1) Dans une communication au Congrès de Boulogne-sur-Mer, en 1899, M. Foveau de Courmelles a insisté sur la plus grande activité thérapeutique des médicaments que les phénomènes d'électrolyse peuvent mettre à l'état naissant dans l'organisme.

TRAITEMENT ET PROPHYLAXIE DE LA CONJONCTIVITE PURULENTE PAR LES SELS ORGANIQUES D'ARGENT ; SUPÉRIORITÉ INCONTESTABLE DE L'ARGYROL

Par le Dr A. Darier

Le sujet que je viens traiter devant vous paraît si banal qu'on peut se demander quelle peut être aujourd'hui l'utilité d'une communication sur le traitement de l'ophtalmie purulente.

Depuis que l'on a bien et dûment reconnu l'origine gonococcique de l'ophtalmo-blennorrhée, les principes d'hygiène, de propreté et d'asepsie ont rendu la fréquence de cette redoutable affection infiniment moins grande et les ophtalmologistes doivent reconnaître qu'ils sont redevables de cette diminution aux gynécologistes et aux accoucheurs qui ont su tarir les écoulements blennorrhagiques, ou les neutraliser par une antisepsie bien comprise au moment de l'accouchement.

Certes, nous devons aussi beaucoup aux règles si bien établies par Crédé, en ce qui concerne l'emploi du nitrate d'argent en instillations conjonctivales pour prévenir l'éclosion de l'ophtalmie purulente.

Le nitrate d'argent est dès longtemps reconnu comme le vrai spécifique antigonococcique, et si son emploi a mis si longtemps à se généraliser comme il l'eût mérité, c'est que sa causticité violente a été cause, entre des mains non encore suffisamment expérimentées, de complications redoutables aussi bien du côté de la conjonctive que du côté de la muqueuse uréthrale.

A la suite de mon maître Abadie, j'ai été un des partisans les plus convaincus de la spécificité du nitrate d'argent dans le traitement de l'ophtalmoblennorrhée. Il me souvient même d'une séance de la Société d'Ophtalmologie où j'avais pris fortement à partie certains auteurs qui voulaient remplacer ce traitement, qu'on peut dire classique, par des applications de permanganate de potasse, d'iodoforme, etc...

L'argent et le sublimé sont les deux agents qui ont l'action bactéricide la plus marquée sur le gonocoque.

Le sublimé bien utile dans le traitement des vaginites est reconnu aujourd'hui presque universellement comme très dangereux pour la cornée et la conjonctive.

Le nitrate d'argent restait donc jusqu'à ces dernières années le spécifique le plus justement accrédité malgré les inconvénients sérieux que vous lui connaissez tous; toute médaille a son revers!

Or, aujourd'hui, les progrès incessants de la chimie ont mis à notre disposition, nombre de préparations argentiques de moins en moins irritantes et de plus en plus antiseptiques.

Depuis 8 ans que je me suis livré à une étude attentive de tous les nouveaux sels d'argent à base organique (étude pratique et expérimentale et non simples vues, ou spéculations théoriques), j'en suis venu à cette conviction intime que je désire faire pénétrer dans vos esprits c'est que, *le nitrate d'argent doit céder la place aux sels organiques d'argent dans la grande majorité des cas.*

Nous allons voir que ces derniers bien maniés ont les avantages du nitrate d'argent sans en avoir les inconvénients parfois bien graves, et je ne les exagère pas et je ne veux pas parler de cas trop fréquents d'intolérance individuelle, ni des cas où les cautérisations trop fortes ou trop prolongées ont entraîné des complications que notre optimisme nous fait trop souvent mettre sur le compte de la malignité des cas traités; je veux seulement attirer votre attention sur les accidents parfois terribles que peuvent provoquer les méprises qui se commettent trop fréquemment avec le nitrate d'argent.

J'ai vu dernièrement un cas de perte totale des deux yeux chez un nouveau-né atteint d'ophtalmie purulente. Le chef de service d'un hôpital, que je ne désignerai pas, prescrivit des instillations de nitrate d'argent à 1,5 0/0. L'infirmière croyant bien faire versa à même avec le flacon la solution dans les deux yeux du poupon; il en résulta une brûlure des paupières et de la cornée qui se termina par un symblepharon total avec atrophie du globe.

Un accident de ce genre est impossible avec l'argyrol, même avec le protargol et l'on en est encore à trouver un accident imputable à ces nouveaux sels d'argent. Un auteur allemand a même vanté les bains d'yeux au protargol comme traitement et prophylaxie de l'ophtalmie des nouveaux-nés.

Dans un autre cas c'est une erreur du pharmacien qui faillit être cause des plus graves complications. Au lieu d'une solution à 2 0/0 c'est du 20 0/0 qui fut instillé dans l'œil, une seule goutte, heureusement, et malgré cela il en résulta une opacification de la cornée et une escharrification de toute la conjonctive. L'erreur reconnue, immédiatement la guérison de ces complications et de l'ophthalmie fut obtenue en très peu de jours. Je le répète, ces erreurs si elles se produisaient, n'entraîneraient aucune complication grave avec l'argyrol ou le protargol qui sont admirablement supportés par la cornée et la conjonctive même en solution saturée. Ces jours derniers encore j'ai vu un cas d'opacification très marquée des cornées, à la suite de 3 ou 4 instillations de nitrate d'argent à 10 0/0.

J'ai vu d'autres accidents très graves se produire avec du chloroforme, et l'acide nitrique et d'autres substances caustiques instillées par erreur à la place de la solution de nitrate d'argent dont la couleur est la même. Ces méprises sont presque impossibles avec les solutions des sels dont je viens de vous parler parce que leur couleur brun foncé les différencie facilement.

Mais vous m'objecterez que les méprises de ce genre sont fort rares; c'est vrai, mais les sels organiques d'argent ont d'autres qualités qui les rendent incomparablement supérieurs à la vieille pierre infernale.

Que se passe-t-il quand vous mettez une solution de nitrate d'argent en contact avec une muqueuse : Le radical argent se combine immédiatement avec l'albumine des tissus pour laquelle il a une grande affinité et l'acide nitrique mis en liberté agit, sans action thérapeutique utile, comme caustique pouvant aller jusqu'à la destruction complète de la muqueuse.

L'action bactéricide est le propre du radical argent qui n'est ni dangereux, ni caustique.

Il était donc bien naturel, ces faits étant bien mis en évidence par les progrès de la physique et de la chimie, de chercher de nouvelles combinaisons d'argent ayant toutes les propriétés de ce précieux métal sans avoir les graves inconvénients de son radical nitrique.

Ces recherches nous ont valu de nombreux composés argentiques.

Le premier que j'ai employé était l'argentamine, qu'au bout de 18 mois de bons résultats, je remplaçai par le protargol que j'ai eu le bonheur d'appliquer le premier à l'ophtalmologie.

Quatre années d'expérience avec ce proteïnate d'argent ne m'ont donné que des succès tels que je n'ai jamais eu besoin d'avoir recours au nitrate d'argent qui a complètement disparu de ma clinique depuis plus de 6 ans.

Enfin aujourd'hui nous pouvons dire que nous sommes en possession du sel d'argent idéal, celui dont la teneur en argent est la plus élevée de tous les sels organiques, celui dont la solubilité est plus parfaite, celui enfin dont le pouvoir irritant est absolument nul, même sur la cornée.

L'argyrol du vitallinate d'argent contient en effet environ 30 0/0 d'argent, alors que le protargol n'en contient que 8 0/0.

Vous pouvez verser dans votre œil une solution concentrée d'argyrol sans éprouver plus de douleur que si vous instilliez de l'eau pure.

L'argyrol a en outre cette propriété remarquable entre toutes, que non précipité par l'albumine des tissus, il pénètre dans la profondeur et dans tous les replis des muqueuses, portant au loin l'action bactéricide des ions de l'élément argent.

L'argent possède plus que tout autre produit la propriété de pénétrer dans la profondeur des muqueuses, là où dans la majorité des cas le gonocoque se cantonne de préférence.

Cette importante propriété de pénétration est enlevée aux sels inorganiques et plus particulièrement au nitrate par la coagulation qu'ils provoquent à la surface des muqueuses.

L'évolution subie par les composés organiques d'argent doit donc repousser au dernier plan le nitrate dont la principale propriété est son pouvoir caustique et astringent. Or ce pouvoir astringent on peut l'obtenir avec des topiques beaucoup moins dangereux. L'acétate de zinc, le tannin, l'hydrastinine, etc.

Le nitrate d'argent doit, non pas disparaître complètement de notre arsenal thérapeutique oculaire, non certes, car il a rendu trop de services à nos maîtres et en rend encore trop à ceux qui ont appris à s'en bien servir ; mais ce caustique par trop violent ne doit plus occuper que le second rang. Il constituera dans la lutte contre les conjonctivites purulentes, une réserve, une arrière-garde des plus puissantes que l'on pourra faire donner alors que le protargol et l'argyrol auront épuisé leur action à la fois plus douce et plus pénétrante.

Le maniement du nitrate d'argent était, de l'avis même du grand de Graefe, délicat et parfois même dangereux.

Les sels organiques sont au contraire d'une application si simple et si facile qu'elle peut sans crainte être confiée au praticien et même à la sage-femme.

Il s'agit simplement de proportionner le taux des solutions et la fréquence des instillations à la plus ou moins grande intensité du processus morbide et à l'ancienneté de l'affection.

Dans les cas de conjonctivites catarrhales légères on se contentera d'installations 4 à 5 fois par jour d'une solution de 5 0/0.

Argyrol	0 gr. 25
Eau distillée	5 grammes.

Dans l'ophtalmie purulente on instillera le collyre à 20 0/0 toutes les heures et même toutes les demi-heures.

Argyrol	1 gramme.
Eau distillée	5 —

S'il n'y a pas amélioration immédiate le malade devra être adressé au spécialiste.

Quant à la prophylaxie de l'ophtalmoblennhorrée elle sera obtenue avec la plus grande facilité par l'instillation de suite après la naissance de quelques gouttes de cette solution à 20 0/0 qui est absolument indolore et ne provoque à l'encontre du nitrate d'argent aucune irritation ni secrétion conjonctivale. Ce dernier point est très important, car si le 2e jour on voit de la secrétion c'est qu'il y a eu infection ; il faut soigner l'enfant. Le nitrate d'argent au contraire provoque presque toujours une irritation parfois si vive qu'il est difficile de faire un diagnostic précis.

Des statistiques basées déjà sur plusieurs milliers de cas (j'en ai personnellement recueilli dans la littérature plus de 5.260 avec seulement 14 0/00 d'infection alors que les meilleurs résultats obtenus par la méthode de Credé donnent 65 0/00) montrent que les sels organiques d'argent sont encore en cette occurence supérieurs au nitrate.

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 25 mai 1904

Présidence de M. Mathieu

M. Barbet présente, au nom de M. Sallot, *des ampoules et seringues à injections hypodermiques* d'un modèle nouveau. Ces ampoules sont en cristal clair renforcé, elles portent à l'une de leurs extrémités une partie rodée pour recevoir l'aiguille : cette partie est suivie d'une collerette. L'autre extrémité de l'ampoule s'engage dans un manchon muni à son intérieur d'une rondelle de caoutchouc perforée à son milieu : cette rondelle vient s'adapter hermétiquement sur le corps de l'ampoule si on prend la précautiou de mouiller le corps de l'ampoule.

Pour l'injection, on brise les deux pointes de l'ampoule, puis à l'extrémité émerisée on adapte l'aiguille; l'ampoule ne se videra pas, même penchée, par suite de la capillarité de ses extrémités. On introduit l'aiguille sous la peau, alors il suffit d'adapter le propulseur et de l'enfoncer à fond, soit lentement, soit d'un seul coup; par suite de la compression de l'air le liquide pénétrera sous la peau, de plus il pénétrera lentement par suite de la capillarité; une goutte du liquide restera tant dans le corps de l'aiguille que dans l'extrémité émerisée et empêchera le contact de l'air.

M. Gallois communique une observation concernant un cas de *compression de l'intestin par un corps fibreux utérin*. Cette malade souffrait depuis longtemps de troubles intestinaux, quand un jour elle présenta des accidents graves d'obstruction intestinale aiguë, avec suppression des matières vomisssements porracés, etc. Soupçonnant une compression par un corps fibreux, l'orateur fit quitter la position sur le dos et fit coucher sa malade sur le côté droit. En quelques heures, la compression de l'S iliaque cessa, il y eut une débâcle rapide, et tous les symptômes graves disparurent.

M. Mathieu insiste sur l'intérêt de cette observation : les praticiens n'observent en général que des cas d'occlusion intestinale aiguë, avec météorisme intense, affaiblissement persistant. Or, il existe une forme d'occlusion intestinale à marche chronique, procédant souvent par crises, dont le diagnostic n'est pas toujours fait. L'orateur cite un exemple : un homme de 60 ans, vigoureux, présentait de temps en temps des troubles digestifs, une dilatation de l'estomac : l'introduction d'une sonde stomacale, le matin à jeun, ramena du liquide. Il fallait en conséquence conclure à une sténose pylorique, due sans doute à une épithélioma squirreux à marche lente. Le médecin traitant s'était arrêté au même diagnostic, et, le malade déclinant lentement, on s'attendait à le voir succomber. Un jour, il fut pris brusquement d'accidents d'obstruction intestinale aiguë : le ventre météorisé présentait des contractions péristaltiques visibles du cœcum : on put reconnaître qu'il s'agissait d'un rétrécissement du colon, vers l'angle droit que fait le colon ascendant avec le colon transverse. Une opération permit de trouver une bride qui fut sectionnée.

Depuis ce moment, le malade est entièrement guéri, les troubles stomacaux ont disparu. Il est évident que dans ce cas, ce sont ces derniers troubles qui ont attiré l'attention et empêché de faire le diagnostic.

Il faut donc toujours penser, en présence de troubles digestifs évoluant lentement, avec crises espacées, à l'existence de brides enserrant l'intestin.

M. Gallois cite un autre malade qui eut, à la suite d'une crise d'appendicite, un abcès de la paroi abdominale. Cet accident guérit, mais il resta une éventration qui fut opérée à son tour. Quelques mois plus tard, se manifestèrent des symptômes d'occlusion intestinale qui furent inter-

prétés comme des troubles causés par un néoplasme malin. Il n'en était rien, car les phénomènes morbides s'amendèrent d'eux-mêmes.

Il s'est agi certainement dans ce cas de brides comprimant l'intestin.

M. Mathieu cite une observation analogue : un homme de 45 ans se plaignait de gonflements abdominaux se produisant de temps en temps. Un jour, il eut des accidents graves d'occlusion intestinale, avec douleur maxima dans la fosse iliaque droite. Dix ans auparavant, ce malade avait eu une poussée fébrile avec vomissements ; il s'était à ce moment agi d'une appendicite qui avait sans doute laissé des brides. L'opération démontra l'exactitude du diagnostic : on trouva des adhérences anciennes et un abcès rétro-cœcal. Tous les accidents ont disparu depuis l'opération.

M. Bertherand lit une communication concernant l'action du *peroxyde de magnésium dans les cas de diarrhées acides*, M. A. Robin a démontré que les crises d'hypersthénie gastrique s'accompagnent parfois de diarrhées acides : ces dernières résistent à tous les traitements usuels, mais cèdent rapidement si on les traite par le peroxyde de magnésium administré en pilules kératinisées. Le peroxyde se décompose, en milieu acide, en oxygène à l'état naissant et magnésie. La kératine résiste à l'action du suc gastrique ; la pilule ne se dissout que dans l'intestin, et l'oxygène à l'état naissant exerce une action énergique sur les fermentations acides intestinales.

L'orateur cite trois observations ; en trois jours, le peroxyde à la dose de 0 gr. 50 fit réapparaître des selles normales.

M. Bardet estime qu'à l'avenir, des cas de ce genre seront fréquemment observés. On ne s'est pas assez occupé, jusqu'ici, d'examiner les selles au papier de tournesol : l'acidité des fèces peut parfois devenir considérable, et le bol acide peut provoquer, par son passage dans l'intestin, des accidents parfois très marqués, devenir la cause de crises appendiculaires, d'entérite muco-membraneuse, etc.

M. Bardet lit une observation concernant les *dangers de l'orthoforme*. Ce remarquable anesthésique, très peu soluble dans l'eau, convient spécialement, à cause de cette insolubilité, à l'insensibilisation des muqueuses. Mais il se dédouble facilement quand on l'incorpore à des excipients gras, même de la vaseline, et peut alors provoquer des accidents caractérisés par des poussées d'érythème, avec bulles, prurit intense, état général mauvais, démontrant l'existence d'une intoxication. Ces troubles se manifestent presque toujours chez des sujets à peau délicate, offrant des poussées d'urticaire d'origine digestive, etc.

L'observation citée par l'auteur vient s'ajouter à plusieurs autres : elles démontrent que dans le formulaire de l'orthoforme il faut supprimer tous les excipients, sauf l'alcool, qui dissout très bien l'orthoforme : la solution alcoolique, préconisée par Blondel pour le traitement des fissures du sein, donne un vernis adhérent et ne provoque jamais de dermatite. Blondel, du reste, avait déjà insisté sur les inconvénients des corps gras en présence de l'orthoforme. Ce produit doit être conservé à l'abri de la lumière, et il se décompose à la longue. Dans les cas où il ne s'agit pas de traiter des muqueuses, on fera du reste mieux d'utiliser l'anesthésine, qui n'est pour ainsi dire pas toxique et est soluble dans l'eau.

M. Danlos s'est servi, il y a quelque temps d'orthoforme pour rendre moins douloureuses les injections du calomel incorporé à l'huile de vaseline. Les premiers essais furent satisfaisants et l'orateur se disposait à les continuer, quand il eut l'occasion de lire un travail d'un médecin allemand sur le même sujet. Pour cet auteur, les injections d'orthoforme et calomel sont en général très peu douloureuses, ou même indolores, mais il peut arriver parfois qu'elles soient au contraire beaucoup plus mal supportées que les injections avec le calomel seul : en même temps, on peut observer des troubles d'intoxication assez graves.

Ces constatations engagèrent l'orateur à cesser ses essais.

Il est assez curieux que la vaseline, corps présentant peu d'affinités chimiques, puisse provoquer des accidents si on lui incorpore de l'orthoforme. Il est probable que les liquides organiques sont la cause des troubles observés.

M. Bardet insiste pour que, en cas d'injections hypodermiques, on se serve de l'anesthésine, qui ne produit aucun accident. Ce corps est un éther *éthylique*, alors que l'orthoforme est un éther *méthylique*. Les propriétés anesthésiantes sont marquées dans les deux produits.

M. Danlos se demande s'il n'existe pas des orthoformes variés, car, alors que jamais l'orthoforme n'a donné lieu à des alertes à l'hôpital, il n'en a pas été de même en ville. Chez un malade, atteint de radiodermite, une application d'orthoforme en poudre, provenant d'une officine du quartier du malade, fut suivie d'accidents douloureux.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies générales non infectieuses et intoxications

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Traitement de l'artério-sclérose, par GUTHRIE RANKIN (*The Edinburgh med. J.*, mai 1904). — Après avoir passé en revue les causes et les principales manifestations de l'artério-sclérose du côté des diverses fonctions, l'auteur donne quelques indications thérapeutiques que nous relevons.

La première recommandation à faire à un malade qui est atteint de dégénérescence artérielle est d'éviter les efforts de toute espèce. Il doit mener une vie tranquille, sans incident, éviter tout excès de régime et prendre une certaine somme d'exercice en plein air. L'alcool est contre-indiqué, et si le patient en prend, il ne doit le faire qu'aux repas et en petite quantité. L'alimentation doit être variée et simple, les viandes rouges étant réduites à un minimum, surtout chez les sujets goutteux. Le malade doit aller à la selle une fois par jour, il peut prendre quelques toniques, quinine, arsenic, strychnine, fer, phosphore, acide minéraux, etc., de temps à autre pour maintenir son activité nutritive. Outre les indications générales, chaque cas doit être traité suivant des indications spéciales. S'il survient des accès angineux accompagnés de vertige et de dyspnée, d'un pouls fortement tendu, le patient doit rester au lit, se mettre à une alimentation légère et prendre la mixture suivante, trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures :

Iodure de sodium.....	0 gr. 60
Solution de nitro-glycérine a 1 0/0.....	II gouttes
Solution de Fowler.....	III —
Décoction de quinquina..	30 grammes

Il prendra 0 gr. 06 de calomel le soir en se couchant, durant une semaine, et le matin, une dose laxative de sulfate de soude ou de magnésie.

La digitale est indiquée dans les cas de rupture de la compensation cardiaque, et on peut contrebalancer les effets vaso-constricteurs en donnant en même temps de la nitro-glycérine :

Teinture de digitale.....	XV gouttes
Solution de nitro-glycérine.....	I —
Solution de strychnine...	V —
Infusion de menthe.....	30 grammes

Cette potion doit être prise toutes les six heures, jusqu'à ce que le pouls se régularise. On en continuera ensuite l'usage à moitié des doses jusqu'à ce que le nombre des pulsations devienne normal, on la remplacera ensuite par les pilules suivantes :

Fer réduit.....	0 gr. 025
Extrait de strophantus....	0 gr. 015
Strychnine.....	0 gr. 002
Extrait de rhubarbe.....	0 gr. 04

à prendre trois fois par jour après le repas.

Les stimulants sont nécessaires parfois d'une façon temporaire sous forme de champagne ou d'eau-de-vie quand les circonstances le demandent.

En cas de congestion du foie et des poumons avec dyspnée, toux, cyanose, on pratiquera une saignée de 200 à 300 grammes, ou bien on appliquera huit ou dix sangsues sur le bord du foie.

Dans tous les cas, défendre le tabac.

L. JUMON.

Le régime dans la goutte, par ARTHUR P. LUFF (*The Practitionner*, mai 1904). — Pendant l'attaque de goutte aiguë, le régime prescrit doit tendre à arrêter le métabolisme anormal des voies digestives et du foie. Il ne doit pas être irritant pour les reins et il doit viser à diminuer autant que possible la production des bases de purine. Durant les deux premiers jours d'une attaque aiguë, le malade doit être mis au régime lacté, composé de lait, de pain et de lait et de thé, fait avec du lait à la place de l'eau. Le malade peut également prendre du

pain grillé beurré, avec du thé léger; il devra boire largement de l'eau chaude ou froide, ou quelque eau minérale ne contenant pas de sels de soude. Le régime lacté doit être continué jusqu'à ce que les phénomènes aigus aient cédé, c'est-à-dire jusqu'à ce que la douleur diminue. On doit supprimer l'alcool sous toutes ses formes durant cette période, à moins qu'il n'y ait quelque raison sérieuse de le prescrire, par exemple lorsque le cœur est faible, le pouls irrégulier; dans ce cas on peut donner un peu d'eau-de-vie dans de l'eau gazeuse. Il faut éviter le thé de bœuf et tous les extraits de viande à toutes les périodes de la goutte, parce qu'ils ont de la tendance à irriter les reins et à introduire dans la circulation des corps azotés inutiles. Lorsque l'attaque aiguë est passée, le malade peut revenir à un régime plus libéral. Dans la goutte chronique, l'auteur recommande le plan suivant de régime :

Le matin un verre d'eau chaude aromatisée au moyen d'une tranche de peau de citron que le patient boira lentement, immédiatement en se levant. A déjeuner, il choisira les aliments suivant son goût : soupe et lait, merlan, sole ou carrelet, lard gras, œufs en préparations variées, pain grillé ou biscuit avec légère couche de beurre et thé infusé durant trois minutes. Le lard gras est digestible lorsqu'il est grillé. Les œufs ne doivent pas être cuits durs.

Dîner. Les soupes les plus convenables pour le goutteux sont les purées de légumes et les soupes faites avec des os de bœuf ou de mouton et des légumes; le bouillon doit être dégraissé. Ces soupes ne doivent pas être épaissies avec des farineux. Les variétés de poissons qui conviennent le mieux pour le goutteux sont le merlan, le turbot, le carrelet, le mulet, le cabillaud.

On peut permettre la volaille, le faisan, le dindon et le gibier à plumes non faisandé.

La viande de boucherie, le mouton, l'agneau ne doivent être permises qu'à un repas par jour et en quantité modérée. Le patient peut consommer deux légumes à déjeuner et à dîner. Les légumes les plus profitables pour le goutteux sont les épinards, les choux de Bruxelles, les haricots, les choux, les navets et le céleri.

Les légumes verts, tels que la salade sont permis pourvu qu'on évite les assaisonnements avec de l'huile. A la fin du repas, le patient peut prendre une petite quantité de fromage, à condition qu'il soit dépourvu de moisissures.

Avant de se coucher, on conseillera de prendre lentement un verre d'eau chaude aromatisée avec de l'écorce de citron.

Les personnes sujettes à la goutte peuvent conserver un régime ordinaire, mais en évitant les farineux, le riz, le tapioca, le sagou. Le régime variera encore suivant que les sujets sont amaigris ou corpulents; ces derniers bénéficieront de la réduction alimentaire sous le rapport de la quantité et de la qualité.

L. Jumon.

Injections d'iodipine dans les affections goutteuses rhumatismales (*Deutsche med. Ztg*, 16 mai 1904). — Schuster a fait à la Société balnéologique d'Aix-la-Chapelle, en mars 1904, une communication à ce sujet. Il désigne sous le nom d'affections goutteuses rhumatismales les arthrites déformantes, les poussées congestives articulaires, avec épaississement des ligaments et diminution du liquide synovial. Ces cas résistent, en général, au traitement balnéaire employé seul, même avec accompagnement de massage, d'air chaud, etc. il devient nécessaire de recourir simultanément au traitement médicamenteux, et parmi les médicaments, les iodures sont spécialement indiqués. L'estomac de ces malades est toutefois souvent rebelle à ce médicament et, c'est alors que les injections sous-cutanées d'iodipine rendent des services. Il faut avoir soin de ne jamais injecter de l'iodipine de couleur foncée : le liquide doit être jaune clair, à défaut de quoi il provoque des douleurs. On injectera à la fois, dans le voisinage des articulations à traiter, 10 à 15 grammes d'iodipine jaune-clair à 25 0/0, tous les deux jours. L'injection doit être indolore ; si elle provoque des douleurs, il faut incriminer le procédé opératoire ou la préparation injectée.

Le Pr Liebreich estime que l'iodipine représente davantage, au point de vue thérapeutique, qu'une simple solution iodée huileuse. L'action de l'iode, dans cette préparation, est très lente, le métalloïde ne se sépare que peu à peu de l'huile de sésame : ce mode d'action se retrouve dans l'iodoforme administré à l'intérieur.

Gruber rappelle que l'efficacité des traitements dans les affections de ce genre est fort difficile à apprécier. Il rappelle la cure de citron, qui tantôt réussit, tantôt est complètement inefficace dans des cas qui semblent identiques. Dans les cas de Schuster, on a combiné les injections d'iodipine au traitement balnéaire, à la mécanothérapie, etc., ce qui rend le problème plus difficile encore.

Wick fait remarquer que dans les cas de rhumatisme noueux, un grand nombre d'articulations sont prises en même temps. Pour exercer une action curative, l'iodipine devrait donc agir d'une façon générale, et non localement.

Schuster répond, en terminant, que dans les cas de rhumatisme goutteux polyarticulaire, il fait des injections au voisinage de toutes les

articulations ankylosées : quand il s'agit de rhumatisme noueux (arthrite déformante) vrai, on ne saurait espérer, en présence du grand nombre d'articulations atteintes, une action locale effective; l'orateur n'a, du reste, pas obtenu d'effets encourageants dans cette affection, tandis que l'arthrite blennorrhagique, par exemple, est très rapidement influencée.

Certains malades de Schuster commencent leur traitement par les injections d'iodipine, car ils ne pourraient supporter le traitement balnéaire dès leur arrivée : les injections agissent dans ce cas seules, et l'effet est, en général, rapide. Au bout de quelques jours, on institue le traitement combiné dans les cas de ce genre.

E. Vogt.

Traitement de l'alcoolisme par l'atropine, par Mac Bride (*Britisth medical J.*, 30 avril 1904). — Les avantages du traitement rapide de l'alcoolisme sont assez nets pour qu'il n'y ait pas lieu d'insister, la question est de savoir si les résultats obtenus seront permanents. Pour l'auteur cela ne fait aucun doute si l'on choisit un bon traitement médicamenteux. Or, l'atropine constitue un élément essentiel du succès. Le sulfate est le sel qui convient le mieux, on l'administre en injections sous-cutanées. Si ce médicament est insuffisant par lui-même pour supprimer l'envie de l'alcool ou d'autres substances narcotiques, il joue dans la grande majorité des cas, un rôle essentiel dans ce traitement. En même temps que l'atropine, l'auteur administre la strychnine, et il considère comme de grande importance de donner aussi un tonique amer, habituellement de l'extrait fluide d'écorce de quinquina. Les médicaments employés doivent d'abord être donnés à petites doses, qu'on augmente progressivement ensuite. On les emploie du reste à doses suffisantes pour produire des effets physiologiques. Chez un adulte qui ne présente pas de délire ni de complications sérieuses, l'auteur procède de la façon suivante :

Sulfate d'atropine, 0 gr. 0003 pour commencer, on renouvelle cette dose trois fois par jour et on l'accroît progressivement pendant la première semaine jusqu'à ce que les pupilles se dilatent et que la bouche devienne sèche. Dans la plupart des cas, 0 gr. 001 constituent la dose maximum. Le nitrate de strychnine est en même temps employé à la dose d'un milligramme en injections sous-cutanées, et dans la plupart des cas on pousse jusqu'à 3 milligrammes. On donne enfin toutes les trois heures de l'extrait fluide de quinquina rouge.

Un traitement aussi actif doit être surveillé de très près afin de pouvoir le modifier suivant les circonstances. Les adjuvants seront également très utiles, parmi eux il faut signaler les bains chauds, le régime et les exercices réglés. S'il s'agit de cas de délire ou de symptômes maniaques, le plan de traitement doit être modifié et le plus souvent on fera bien d'administrer au début une forte purgation.

L. Junon.

Traitement de l'intoxication phosphorée, par V. Plavec (*Wien. med. Presse*, 17 avril 1904). La première indication dans l'empoisonnement par le phosphore est de pratiquer d'abord un large lavage de l'estomac avec de l'eau chaude jusqu'à ce que l'eau retirée soit absolument claire, après quoi on fait passer environ 20 litres d'une solution de permanganate de potasse à 0,2 0/00 et on finit de nouveau par un lavage à l'eau chaude jusqu'à ce qu'elle sorte claire. Souvent on doit commencer par administrer une solution de sulfate de cuivre, lorsque l'estomac est encombré par des restes grossiers d'aliments qui empêchent le liquide de lavage de sortir. Après avoir terminé les lavages d'estomac il faut administrer le plus rapidement possible un purgatif, 10 à 15 gr. de séné en infusion. L'action des purgatifs peut et doit être accélérée par un grand lavement. Si les matières sentent le phosphore, on peut redonner un lavement avec une solution de permanganate de potasse à 1 0/00. Dans le cours de l'intoxication, l'auteur prescrit du bicarbonate de soude et, si l'appétit se rétablit, il conseille un régime riche en albumine. En cas de collapsus et de faiblesse cardiaque, donner du café, du cognac, du camphre, de l'éther, de la valériane, etc.

Si le lavage de l'estomac ne peut pas être fait de suite, on donne au moins plusieurs fois une solution de sulfate de cuivre ou l'on cherche à provoquer d'une façon quelconque des vomissements; plus tard on prescrit du séné à fortes doses ou du sulfate de magnésie.

Dans les empoisonnements déjà anciens, datant de 4 ou 5 jours, on ne lavera plus l'estomac, mais on aura recours aux purgatifs répétés et suivant la situation aux lavements.

A l'intérieur, l'auteur donne le premier jour dans les cas récents et plus anciens, surtout dans les cas où on n'a pu faire un lavage, deux cuillerées à soupe toutes les deux heures d'une forte solution de permanganate de potasse à 2 0/00.

Le régime dans l'intoxication phosphorée est très simple, mais très important. Il faut surtout éviter de prescrire les aliments gras, parce que les corps gras et huileux dissolvent le phosphore qui est plus facilement absorbé. On ne

donnera donc ni huile, ni lait. Pour les mêmes raisons on a défendu les boissons alcooliques. Cette proscription des aliments gras subsiste pendant 4 ou 5 jours.

Dès que l'appétit est réveillé, on doit prescrire aux intoxiqués un régime vigoureux, reconstituant et très large. D'après les cas observés par l'auteur, cette manière de faire a une influence très favorable sur la marche ultérieure de l'empoisonnement.

L. Jumon.

Chirurgie générale

Dr Benoit

Ancien interne des hôpitaux

Méthode simple pour effectuer la gastro-entérostomie et autres anastomoses abdominales, par E. Moynihan (*in the Practitioner*, février 1904). — Les premiers temps de l'opération sont communs à tous les procédés. Ouverture du ventre un peu à droite de la ligne médiane, découverte et rabattage en haut du grand épiploon et du colon transverse, effondrement avec les doigts d'un espace avasculaire choisi entre les arches artérielles et veineuses très apparentes en cette région. La face postérieure de l'estomac apparaît dans l'ouverture, comme le montre un excellent cliché de ce temps opératoire. Avec un clamp qui est une modification de celui de Doyen, on saisit un lambeau stomacal entre les mors caoutchoutés, de manière à aller de la grande courbure comme point le plus déclive, à la petite courbure vers le cardia. On a ainsi emprisonné un segment assez épais de la face postérieure. On va à la recherche de l'angle duodéno-jéjunal sous le mésocolon transverse, à gauche de la colonne vertébrale. On applique le second clamp sur le jéjunum, dont on emprisonne sept ou huit pouces. Les deux clamps, l'un stomacal, l'autre intestinal, sont couchés parallèlement et amenés à la surface. On les maintient isolés en dehors de l'abdomen pour effectuer la suture, le reste des organes étant réduit dans le ventre. Suture continue unissant les couches séro-musculeuses de l'estomac et du jéjunum, en allant de gauche à droite, sur 6 ou 7 centimètres de longueur. Parallèlement à cette ligne de suture on incise l'estomac et le jéjunum, jusqu'à la tunique muqueuse non comprise, qui vient faire hernie dans le fond de l'incision. On sépare soigneusement la tunique séreuse de manière à pouvoir exciser une ellipse de la membrane muqueuse de l'estomac et du jéjunum, qui se trouvent ainsi ouverts. Seule la muqueuse gastrique, qui a tendance à se rétracter, sera saisie avec de fines pinces. On fait alors la suture muco-muqueuse, la plus interne qui embrasse toutes les couches des deux viscères et sert à une hémostase suffisante. Les points sont également continus. Ils décrivent une circonférence complète, qui part du même point, l'angle gauche, pour y revenir. Là ils sont liés et coupés au ras. Il ne reste plus qu'à compléter la demi-circonférence antérieure séro-musculo-séreuse. Avant de le faire, on enlève les clamps, ce qui permet de voir s'il existe un ou plusieurs points saignants, sur lesquels il faut appliquer un fil séparé. On a donc deux lignes de sutures, l'une intérieure, perforante et hémostatique, l'autre externe, qui sert à l'approximation. L'estomac et le grand épiploon sont replacés dans leurs rapports normaux. L'emploi de ces clamps que l'on tient parallèles en dehors de l'abdomen semble caractériser ce procédé applicable à toutes les anastomoses intra-abdominales et qui fait à la fois la coprostase et l'hémostase indispensables pour opérer rapidement l'union des viscères entre eux.

A. Benoit.

Cas de diverticule fusiforme de l'œsophage. traitement par le Dr E. Fricker (*Correspond. Blatt f. Schw. Æ.*, 1er mai 1904). — Il s'agit d'une femme de 30 ans, non hystérique qui, à la suite d'une chute sur le thorax, suivie d'une bronchite intense et de longue durée, éprouva des troubles de la déglutition. Elle ne rendait pas les aliments, mais il lui semblait que ceux-ci restaient dans l'œsophage; elle éprouvait alors après le repas des douleurs thoraciques, des palpitations et d'autres troubles, qui disparaissaient dès que la malade, par des efforts de vomissement et de pression, rejetait une certaine quantité de mucus et de restes alimentaires, d'ailleurs sans nausées. Un médecin consulté diagnostiqua un rétrécissement, cancer de l'œsophage ou spasme de l'œsophage, et conseilla la dilatation avec une sonde dure. Mais le cathétérisme déterminait des douleurs. L'état de la malade, loin de s'améliorer, semblait s'aggraver. Le diagnostic d'un diverticule latent fut fait à l'aide de la sonde à diverticule de Leube.

Dès que le diagnostic fut assuré, l'auteur défendit l'emploi de la sonde dure, dangereuse entre les mains des malades dans les cas de diverticule. La malade se servit d'une sonde molle à larges œillets, qu'elle introduisait jusque vers le cardia, puis par une légère pression vidait le diverticule. La malade pratique ainsi cette manœuvre deux fois par jour, puis lave chaque fois la cavité avec divers

astringents. Les troubles dont souffrait la malade disparurent immédiatement avec la sonde molle, le sommeil revint, les douleurs et l'odeur désagréable de l'haleine cessèrent aussitôt, l'appétit augmenta et l'état moral était bien meilleur. Malgré une alimentation solide, la sonde ne ramenait plus qu'un liquide muqueux, filant, sans restes alimentaires. Le poids avait augmenté de deux kilos en quatre semaines.

En même temps que l'évacuation du diverticule, l'auteur pratique la faradisation interne de l'œsophage, afin de pouvoir agir sur l'atonie musculaire de cet organe, mais sans pouvoir compter sur des résultats en raison de la longue durée de la maladie.

Quant à l'étiologie, la production du diverticule peut très bien être due au traumatisme, car on a signalé les coups portés sur la poitrine, les chutes sur le dos comme des causes de cette affection. Mais le mode de production de la lésion n'en reste pas moins obscur; sans doute faut-il faire intervenir ici des processus analogues à ceux que l'on admet dans les névroses traumatiques.

L. Jumon.

Cancer du colon, par H. S. Clogg (*The Practitionner*, avril 1904, p. 525). — Etude de symptômes où nous ne trouvons à relever que la rareté (sur une statistique de 25 cas du Charing cross Hospital) de l'alternative de diarrhée et habituellement constipation et du melœna, considérées comme la règle. Ce que l'on constate presque toujours, ce sont des douleurs eu coliques, de la constipation persistante, de l'amaigrissement sans aause cpparente. Aussi, la recherche de la tumeur, signe capital, s'impose-t-elle, même sous le chlorolforme.

L'A a fait des recherches anatomo-pathologiques qui lui ont montré que l'infiltration cancéreuse des ganglions tient sous sa dépendance la généralisation après l'intervention. Notamment, la propagation au foie est l'exception, si l'on n'a pas laissé de muqueuse infiltrée ou des ganglions cancéreux. On doit faire systématiquement l'ablation de tout le territoire lymphatique des tumeurs, suivant lés règles suivantes : pour le cœcum, il faut y comprendre 4 à 5 centimètres d'iléon avec son mésentère, le cœcum entier et tout le colon ascendant avec son méso. Pour les tumeurs de l'angle hépatique, la résection comprendra en outre, toute la moitié droite du colon transverse et son méso. La moitié gauche du colon transverse et son méso devra accompagner l'ablation des tumeurs de l'angle sphénique et celles de la partie haute du colon descendant. A l'S iliaque, tout en faisant une large exérèse, il faudra s'attacher à éviter l'anus iliaque, en faisant, si le méso est assez long, un abouchement bout à bout avec le rectum.

Un chapitre est consacré aux suppurations secondaires qui, si fréquemment, compliquent les cancers du colon et rendent difficile le diagnostic, surtout dans la région de l'appendice. Beaucoup de cancers de l'intestin ne se révèlent-ils pas par un abcès ?

En exposant le traitement actuel, l'auteur dit que la présence de noyaux dans le foie est une contre-indication à l'exérèse, mais que l'adénite seule ne doit pas arrêter l'opérateur. Si la tumeur est inextirpable et donne de l'occlusion on doit créer un anus iliaque. En dehors de cette indication peu ignorée, s'il n'y a pas d'occlusion exista-t-il une collection purulente, l'opération de choix est l'entéro-anastomose. L'exclusion partielle est en effet le meilleur moyen d'améliorer le malade de façon à tenter l'extirpation totale dans de meilleures conditions, sitôt l'état général remonté.

A. Benoit.

Corps étranger du rectum, par le Pr A. Reverdin et le Dr Veyrassat (*Revue médicale de la Suisse Romande*, 20 avril 1904). — Il s'agit d'un homme de 30 ans qui pour un motif inavouable avait l'habitude d'introduire dans l'anus des corps étrangers, surtout des carottes; pour une fois, il se servit d'un verre ordinaire à boire, mais une chute qu'il fit au moment de l'opération fit entrer entièrement le verre dans le rectum. Le patient perdit connaissance, puis se réveilla en sentant une douleur sourde dans le fondement. A l'examen extérieur, rien d'anormal, au toucher on sent le verre, le fond tourné en haut, dans l'ampoule rectale. Le bord libre, d'un diamètre plus grand que celui du fond est situé directement au-dessus du sphincter.

Les premières tentatives faites pour saisir le bord du verre et l'attirer au dehors, sans anesthésie, restent vaines.

La muqueuse est si solidement appliquée sur la surface du verre, qu'il est impossible d'insinuer les doigts entre la muqueuse et les parois du corps étranger. On applique des valves pour distendre le sphincter, mais le verre n'avance pas et les pinces brisent le bord libre du verre. On coule alors du plâtre dans le verre pour y sceller le tracteur en spiral de Legond.

Le verre est bien amené, mais le bord ébréché vient buter sur le sphincter qui résiste. Sous l'influence de l'effort de traction, le plâtre cède et le verre reste en place. Pour avoir le corps étranger, il fallut le morceler pour diminuer sa hauteur et en contourner plus facile-

ment le fond pour en faire la version. Les morceaux sont extraits, mais le fond reste encastré dans la muqueuse. Il faut alors fendre le sphincter par deux coups de bistouri donnés latéralement. Grâce à ces incisions, les chirurgiens parviennent à insinuer une grosse pince courbe derrière le fond du verre qui se laisse amener vers l'orifice anal.

Un effort énergique expulse ce qui reste; mais dans ces manœuvres, les chirurgiens se sont blessés sérieusement les doigts. Le malade perdit beaucoup de sang. Lavage à l'eau boriquée tiède, tamponnement rectal. Incontinence des matières pendant les premiers jours, rétention d'urine, fièvre. Des bains tièdes soulagent le malade et abaissent la température. La rectite guérit par les douches tièdes boriquées. Alimentation avec du riz, du chocolat et du lait. Le malade est renvoyé complètement guéri après une série d'interventions des plus instructives par leurs péripéties.

L. Jumon.

Traitement des hémorrhoïdes par l'adrénaline, par Demay de Certant (*Journal de méd. de Bordeaux*, 15 mai 1904). — C'est contre l'hémorragie et la douleur que l'adrénaline peut rendre des services dans les hémorrhoïdes. Contre celles qui sont procidentes, l'auteur applique sur la région anale bien lavée et essuyée, un tampon de coton hydrophile imbibé de la solution suivante :

Chlorhydrate de cocaïne.	0,03 centigr
Adrénaline au millième..	XXX gouttes
H^2O.....	30 gr.

On recouvre complètement le coton de gutta-percha et on renouvelle l'application toutes les trois heures, jusqu'à cessation des douleurs. Les résultats sont encore meilleurs si l'on fait tiédir au bain-marie la solution.

Si les hémorroïdes ne sont pas procidentes, on applique sur les plis radiés de l'anus et on introduit dans le rectum, au-dessus du sphincter, un peu de la pommade suivante :

Chlorhydrate de cocaïne.	0,03 centigr
Adrénaline au millième..	XXX gouttes
Vaseline.....	15 gr.

On peut remplacer la pommade par un suppositoire de même substance, mais celui-ci peut amener une défécation, source de sang et de douleurs.

Les applications d'adrénaline à 1 ou 2 millièmes donnent un résultat très rapide, mais elles ne peuvent parfois se soutenir longtemps en raison des fourmillements et d'une sensation de brûlure. Le résultat est plus lent, mais plus durable avec des solutions étendues et associées à la cocaïne.

L. Jumon.

Traitement de diverses formes de hernies et de leurs complications par Horwitz (*Saint-Louis med. and surgical* J., avril 1904). — D'une étude de quatre-vingt-onze cas de hernies dont beaucoup compliquées, l'auteur tire les conclusions suivantes :

La réussite du traitement et l'abaissement de la mortalité dans les hernies étranglées dépend d'un taxis bien fait et pratiqué pendant une courte période ; si la manœuvre ne réussit pas il faut procéder immédiatement à l'opération.

La herniotomie dans les cas de hernie étranglée chez les sujets agés n'est pas une opération dangereuse pourvu qu'elle soit faite aussitôt après l'étranglement. Une hernie enflammée ne doit pas être traitée par le taxis, mais par l'opération.

Aucune méthode de cure radicale n'est applicable à toutes les variétés. La méthode de Bassini s'applique à la plus grande majorité des cas. Là méthode de Bloodgood à ceux dans lesquels l'anneau abdominal est élargi et affaibli. Le traitement des formes spéciales de hernies se modifie suivent l'ingéniosité du chirurgien qui doit choisir l'opération suivant les indications qui se présentent.

L'opératien palliative est applicable dans un grand nombre de cas choisis de hernie réductible, lorsque la hernie ne peut pas être retenue dans la cavité abdominale au moyen d'un bandage, ainsi que dans quelques formes étranglées.

Le traitement radical peut être essayé sans risques chez les sujets qui ont atteint l'âge de six ans et qui sont arrivés à leur soixantième année. Ceux qui ont été soumis à l'opération palliative doivent continuer à porter un bandage après la guérison.

Dans les cas qui ne peuvent pas être opérés suivant un plan préconçu, le chirurgien devra employer les meilleurs moyens d'enlever tout le collet du sac au niveau du péritoine pariétal. S'il est possible, il fermera l'ouverture dans le péritoine après avoir enlevé le sac ; la dépression du péritoine doit être oblitérée au voisinage de l'anneau abdominal interne et on ferme les orifices qui forment le canal à travers lequel sort la hernie.

Il est essentiel pour obtenir une cure permanente de la hernie que le résultat qui suit l'opération soit aseptique avec réunion immédiate.

Dans les cas de non descente du testicule avec hernie, on doit s'efforcer de respecter et de transposer l'organe. Enfin les sutures absorbables sont préférables à celles qui ne le sont pas.

L. Jumon.

Traitement de l'arthrite tuberculeuse, par Robert Jones (*Edinburgh med.-chir. Society*, 4 mai 1904). — Dans cette communication que l'auteur devait faire en commun avec Swen Thomas, les auteurs ont en vue le traitement conservateur basé sur une théorie du repos mécanique et physiologique. Le repos mécanique est obtenu en fixant l'articulation à un cadre rigide en fer. En quinze ans, Thomas n'a jamais ouvert une jointure chez une jeune personne et Jones a toujours constaté d'excellents résultats. Le diagnostic précoce des lésions tuberculeuses des articulations n'est pas facile, mais il y deux symptômes d'une grande valeur : la raideur et la déformation. La raideur précède généralement la douleur et l'atrophie musculaire et s'étend à tous les mouvements normaux de l'articulation avant qu'on constate une lésion. Un mouvement libre même dans une seule direction exclut une affection tuberculeuse. La déformation, symptôme précoce, est pratiquement constante, elle peut être évitée dans presque tous les cas, si l'on suit un traitement convenable. Dans la coxalgie, la guérison peut survenir par un processus naturel, car le malade de lui-même se traite par le repos au lit dans une position qui assure le plus grand soulagement; mais cette position amène le raccourcissement et la déformation avec impotence relative. Le traitement approprié consiste à immobiliser l'articulation, à empêcher la contracture, ce qui calme la douleur et à prévenir la destruction osseuse due à la pression. Pour la coxalgie des petits enfants, Jones emploie une double gouttière facile à appliquer et qui permet à l'enfant d'être continuellement à l'air. Il est rare que dans ces cas, il survienne une complication; souvent la guérison s'obtient avec mobilité articulaire et sans beaucoup de déformation. Lorsque la maladie est ancienne, l'auteur corrige la difformité sous l'anesthésie, puis place le membre en abduction et au repos.

Beaucoup de cas d'abcès tuberculeux doivent être traités par les méthodes expectantes. Ces méthodes sont inoffensives, sauf lorsqu'il se produit une affection endogène ou exogène. Le bacille tuberculeux n'est pas pyogénique et l'inflammation qu'il produit se résout dans la formation d'un tissu de granulation. Un abcès tuberculeux intra-articulaire deviendra extra-articulaire et finalement guérira. Dans le cas où l'abcès ne guérit pas, l'auteur n'intervient que si la peau s'enflammme. Si la douleur et la fièvre apparaissent simultanément, les abcès doivent être évacués le plus rapidement possible. Les abcès rétro-pharyngiens doivent être immédiatement ouverts, de préférence en arrière du sterno-mastoïdien. En général, la guérison peut être considérée comme obtenue lorsque l'étendue des mouvements ne diminue pas à l'usage.

L. Jumon.

Traitement de l'ostéomyélite infectieuse, par Ed. Owen (*The Polyclinic*, mai 1904). — Dans cette leçon clinique, l'auteur envisage l'ostéomyélite infectieuse chez l'enfant et rappelle qu'il s'agit d'une affection avant tout chirurgicale. La maladie avec laquelle l'ostéomyélite est le plus souvent confondue est le rhumatisme, mais le signe qui l'en distingue est l'extrême sensibilité à l'extrémité de la diaphyse, la tuméfaction, la rougeur et la sensibilité qui siège loin de l'articulation.

Aussitôt que le diagnostic est fait, le chirurgien doit inciser au niveau de l'extrémité de la diaphyse et rechercher le pus. Il ne doit pas attendre que la fluctuation apparaisse. Même au risque de faire une erreur de diagnostic, il doit inciser à travers le périoste afin de chercher le pus. Si, agissant ainsi, il ne trouve pas de pus, il doit perforer l'extrémité de la diaphyse avec un poinçon chirurgical, puis, ayant rencontré le pus, faire une large ouverture à travers le tissu osseux. Il pratique ensuite le nettoyage et la désinfection de la cavitée infectée et ne s'arrête que lorsqu'il est certain de ne rien laisser de suspect.

Si l'on n'agit pas de bonne heure, l'abcès soulève le périoste, forme de grandes collections, il se produit des lésions osseuses graves et des accidents infectieux généraux.

Dans un cas d'ostéomyélite infectieux grave du péroné, l'enfant ne succomba pas malgré des dégâts étendus, probablement parce que l'absorption répétée des toxines élaborées par les germes septiques lui donna une certaine immunité à l'égard d'un foyer septique intense.

L. Jumon.

Trois cas de chirurgie pratique, par M. Monnier (*Journal de Médecine de Paris*, 3 avril 1904). — L'auteur présente à la Société de médecine et de chirurgie pratiques, un sac herniaire provenant d'un jeune sujet de 10 ans, porteur d'une volumineuse *hernie inguinale gauche*, paraissant congénitale En opérant, il trouva inclus dans ce sac une anse entière d'intestin

grêle, doublé du *cœcum et de son appendice*, sans épiploon. La réduction n'étant pas facile, il fallut mettre l'enfant la tête en bas, en soulevant les genoux, pour l'obtenir. On ne peut qu'approuver l'auteur d'avoir considéré comme inopportune la résection de l'appendice, d'ailleurs sain. Il fallut lier le sac, après sa résection, comme on lie l'épiploon, par une ligature en chaîne, tant il était large à sa base. Le procédé de Bassini fut ensuite appliqué à la réfection de la paroi. Suites régulières, sans suppuration. Ce résultat est particulièrement heureux, car les décollements nécessités par la dissection du sac, rendirent prudent le drainage, qui engendre si souvent l'infection des couches profondes; heureux aussi parce que, suivant le conseil de Lucas Championnière, l'auteur employa quelques fils de soie permanents. Ce cas méritait mention, à cause de la rareté des hernies gauches contenant le cœcum. On doit pourtant remarquer qu'il est moins extraordinaire de noter sa présence à gauche chez l'enfant, la mobilité de cette portion du gros intestin étant très grande dans le premier âge et pouvant exceptionnellement persister assez longtemps.

Le deuxième cas présenté nous montre un *fibrome* type, développé en pleines fibres *du grand dorsal*, dans la paroi interne de l'aisselle. A l'examen, cette tumeur avait l'aspect d'une enchondrome de la paroi costale. Elle en était en réalité tout à fait indépendante, privée de tout élément vasculaire, et d'une énucléation très aisée. Ce cas nous semble à rapprocher des fibromes de la paroi abdominale, tumeurs aussi bénignes d'ailleurs, assez souvent signalées et qui naissent de la prolifération du tissu fibreux des muscles.

En troisième lieu, l'auteur a traité par la désarticulation du genou un cas de mélanosarcome du tibia à évolution lente, chez un enfant de 15 ans. Les ganglions inguinaux et iliaques étaient pris. Les premiers furent enlevés; on les trouva semblables à des truffes, ce qui aggravait le pronostic. Trois semaines plus tard, l'état général était encore bon, mais la récidive semble devoir se faire dans les ganglions de l'aine, peu douloureux pour le moment. L'auteur fait remarquer l'évolution latente pendant dix mois de cette tumeur osseuse.

Ceci s'explique par la résistance que J.-L. Faure a signalée du tissu compact à la marche envahissante des tumeurs sarcomateuses nées au centre de l'os. Tant que la coque osseuse persiste, la généralisation est retardée, ce qui rend d'autant plus précieux un diagnostic précoce, malheureusement très difficile en l'espèce. Notons que M. Monnier a employé le lambeau elliptique de Farabeuf, avec suture modifiée, consistant dans la réunion du lambeau postérieur court, au tendon du droit antérieur, la rotule non conservée. Le creux intercondylien s'est comblé et le moignon était absolument indolore et résistant dès le huitième jour.

A. Benoit.

Maladies des Voies digestives

Dr Soupault

Médecin des hôpitaux

Traitement de l'ulcère de l'estomac par la gastro-entérostomie (*Soc. de chir.*, 27 avril, 4 et 17 mai 1904). — M. Quénu lit une observation dans laquelle il est question d'un malade traité par la gastro-entérostomie pour ulcère de l'estomac, et qui n'en mourut pas moins d'une hémorragie artérielle au niveau de l'ulcération quelque temps après. Ce cas serait défavorable à la méthode. Il pense, d'après cet insuccès et et quelques autres qui ont été publiés, que cette opération devrait être réservée aux seuls cas où l'ulcère est accompagné de *sténose pylorique*. M. Potherat signale un cas où le malade ainsi traité guérit de son ulcère sans incident. Nous savons aussi que dans quelques cas où l'excision et la suture ont été possibles, le résultat a été assez encourageant, surtout après les hémorragies répétées, où la suture est, on peut le dire, un procédé de nécessité. N'oublions pas, à ce propos, que la source même de l'hémorragie peut échapper une fois l'estomac ouvert, car les ulcères peuvent être multiples. M. Tuffier avance à son tour que l'expérience démontre le bon effet de la gastro-entérostomie complémentaire appliquée à ces cas. Il y a, à la suite, moins d'hémorragies, ou des hémorragies moins graves. Mais on ne peut s'empêcher d'observer que les causes qui produisent l'ulcération et qui l'entretiennent persistent après l'intervention, un choix rigoureux des cas s'impose. On sait que l'*ulcère du duodenum* a été souvent noté après la gastro-entérostomie pour ulcère de l'estomac, ce qui tient évidemment à ce fait que le suc gastrique a conservé ses propriétés nocives. En tenant compte de ces dernières communications, il semble assez logique de réserver la création d'une bouche gastro-intestinale pour les cas où il existe du spasme pylorique réflexe, aggravant les lésions et dans lesquels le traitement médical, d'ailleurs souvent efficace, ne donne

pas de résultats ; on empêcherait les malades d'encourir le risque d'hémorragies graves, parfois immédiatement mortelles, comme nous en avons cité plusieurs cas récemment. Enfin les hémorragies répétées avec état syncopal grave constitueraient une deuxième, et de l'avis général, très urgente indication.

A. Benoit.

Résultats éloignés d'une gastro-entérostomie pour gastrite ulcéreuse chronique, par M. Folet (de Lille), *Echo médical du Nord*, n° 374, 1904, — Il est rare d'avoir à constater à six ans de distance les résultats des opérations stomacales et l'on peut blâmer les opérateurs de s'en désintéresser aussi légèrement, dès que le résultat immédiat les a satisfaits. Un opéré de M. Folet, ramené à l'hôpital 6 ans après une intervention, par une hydrocèle double a permis de constater que le résultat s'était maintenu bon. Cet homme, chauffeur et alcoolique avait été traité, après l'échec de toute méthode médicamenteuse, par la laparotomie et la création d'une bouche gastro-jéjunale. L'A. avoue que dans les débuts il créait cet orifice très étroit. Aussi ne fut-il pas surpris de voir l'amélioration ne pas durer et cet individu rentrer au bout de quelque temps avec de vives douleurs. *On le réopéra* et, trouvant l'orifice de communication presque refermé, l'anse étant d'ailleurs très rétractée sous l'épiploon très adhérent, on passa un doigt dans l'estomac pour faire la dilatation forcée de cet orifice. De nouveau, il fut laissé béant et l'estomac refermé à deux étages. Une quinzaine après, le malade pouvait s'alimenter avec du lait, des œufs, des purées. Des douleurs persistèrent trois à quatre mois, mais l'appétit revint et il ne tarda pas à reprendre du poids, son amaigrissement étant excessif avant l'intervention. Il se décida même à devenir tempérant. Aussi le trouve-t-on mieux portant aujourd'hui à 67 ans, qu'il ne l'était à 62, avant ses deux opérations.

Raisonnant sur le cas, l'auteur pense que le passage du chyme s'est fait, à la suite de la deuxième intervention, pendant un assez long temps pour laisser aux ulcérations stomacales et au spasme pylorique le temps de disparaître. Car il est peu probable que la bouche gastro-jéjunale, trouvée insuffisante, continue à donner passage aux aliments. Mais le mécanisme de la guérison de la gastrite ulcéreuse en mettant l'estomac au repos pendant un certain temps suffit à expliquer l'excellence du résultat. On conçoit bien que la contracture reflexe du pylore disparaissant avec la lésion muqueuse, le cours des matières digestives puisse se rétablir par le pylore redevenu perméable.

A. Benoit.

La dysenterie (*Deutsche med. Ztg*, 2 mai 1904). — Kuhnemann, médecin militaire, traite les cas aigus de la façon suivante : Au cours des deux premiers jours de maladie, il fait prendre toutes les quatre heures une cuillerée à soupe d'huile de ricin (3 cuillerées par jour). Si le troisième jour, les selles n'ont pas perdu leur aspect dysentérique, on continuera le traitement. L'huile peut être remplacée exceptionnellement par 3 doses de 0,20 grammes de calomel.

Dans la plupart des cas, deux jours d'huile suffisent pour enlever aux selles leur aspect spécifique : ils seront suivis d'un repos de 12 à 24 heures, puis on passe au traitement styptique, représenté par l'administration de tannigène (1 gramme trois fois par jour) ou de tannin. Les opiacés, qui dépriment le cœur et provoquent du météorisme, ne sont pas indiqués en général : on les donnera toutefois quand le nombre des selles est très élevé, à fortes doses (1 à 1,25 gramme de teinture d'opium en une fois). Au moment de la convalescence, c'est au bismuth qu'il faudra s'adresser. En cas de cyanose avec pouls filiforme, on fera deux injections de 400 grammes chaque de solution salée physiologique (une injection sous chaque clavicule). En cas de vomissements, on donnera trois cuillerées à soupe dans la journée de la solution suivante :

Teinture d'iode.	0,3	grammes
Iodure de potassium :	5	—
Eau distillée.....	120	—

Les entéroclysmes sont dangereux ou inutiles, à moins que les selles ne soient composées pour ainsi dire que de sang : dans ce cas, on pourra prescrire des lavements de 300 ccm. contenant, soit 0,10 grammes d'acétate de plomb, soit 2 à 3 grammes de perchlorure de fer.

On ne permettra un régime substantiel que si, pendant huit à dix jours, les selles ont repris leur consistance normale ; jusque-là, on ne donnera que des potages (au gruau d'avoine de préférence). Le lait n'est pas toujours bien supporté : le café et le thé seront permis, les alcooliques seront supprimés, à moins d'indications spéciales.

E. Vogt.

Un nouveau sérum antidysentérique : son emploi dans la dysenterie (*Deutsche med. Wochenschrift*, 5 mai 1904), — Rosenthal de Moscou a obtenu, en immunisant des chevaux contre les toxines dysentériques, un sérum qu'il a expérimenté d'abord sur des lapins, puis sur l'homme, au cours de l'épidémie estivale de 1903.

63 femmes et 94 hommes ont reçu de ce sérum : chez 40 d'entre eux, on fit la recherche des bacilles, qui fut toujours positive. Comme médicaments, on n'administra que de la valériane et de la caféine. On injecta entre 20 et 140 ccm. par malade : l'injection n'est pas douloureuse. On nota dans 13 0/0 des cas des érythèmes, ainsi que de l'urticaire dans 4 cas, des arthralgies dans 2. Il y eut 8 décès, dont 3 attribuables à d'autres affections : tous ces malades étaient entrés à l'hôpital après avoir été atteints depuis une semaine au moins, et étaient arrivés au stade ultime de leur dysenterie. La mortalité a été de 4 1/2 0/0 environ (cas non traités par le sérum, de 12 à 17 0/0).

Le sérum exerce une action bienfaisante sur tous les symptômes objectifs et subjectifs : au bout de 24 heures déjà, le ténesme a diminué, le sang disparaît des selles qui diminuent de fréquence, la maladie devient plus rarement chronique. Si le sérum est employé dans les trois premiers jours de l'affection, la guérison est obtenue en 1 à 3 jours.

E. Vogt.

Traitement des calculs biliaires, par W.-E. Dignen (*Buffalo med.* J. avril 1904). — D'après l'auteur, le traitement de la lithiase biliaire dépend beaucoup de l'existence ou de l'absence de complications.

Le traitement peut simplement avoir pour objet l'élimination des calculs et le soulagement des symptômes causés par leur présence ; si la maladie est compliquée de cholecystite ou d'angiocholite, c'est d'abord à ces complications que doit s'adresser le traitement. Dans le premier cas où la lithiase biliaire évolue régulièrement, le régime, l'usage de certaines eaux et de quelques médicaments constitueront tout le traitement. Dans des cas rares seulement il sera nécessaire d'envisager dès le début l'indication d'une intervention chirurgicale. Le régime qui convient le mieux semble être le régime mixte qui ne comporte qu'une quantité suffisante de protéides, de façon que la bile se produise en quantité abondante et que son écoulement soit assuré; il faut ainsi recommander l'ingestion abondante d'eau.

Comme les calculs sont solubles dans les liquides alcalins, on a depuis longtemps recommandé l'usage des alcalins qui sont employés sous forme d'eaux minérales variées. L'administration de certaines huiles a particulièrement été recommandé, leur valeur thérapeutique est encore incertaine. Certains préconisent la térébenthine et le chloroforme. Contre la douleur on emploiera la morphine, l'antipyrine, la phénacétine et les préparations salicylées. On ne doit recourir aux inhalations de chloroforme que dans les cas exceptionnels. Le froid et la chaleur apportent souvent du soulagement. On doit entretenir largement les selles.

Si les moyens médicaux ne suffisent pas à procurer du soulagement, l'intervention chirurgicale peut être indiquée.

L. Jumon.

Appareil pulmonaire
Cœur et Vaisseaux

Dr G. Lyon

Ex-chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Influence des applications froides locales sur la fonction du cœur, par Walter Krebs (*Berlin. Klin. Woch*, 25 avril 1904). — L'auteur a appliqué sur la région précordiale le sac de glace chez les malades atteints d'insuffisance ou d'asthénie cardiaque et a fait les constatations suivantes. En général, le refroidissement de la région cardiaque ralentit le pouls, augmente la pression sanguine et régularise le rythme du cœur. Toutefois, il faut tenir compte du repos imposé au malade pendant le traitement, repos qui agit dans le même sens.

L'emploi local du froid sur la région du cœur exerce une action favorable sur la fonction cardiaque chez les malades atteints d'insuffisance cardiaque organique ou nerveuse. L'amélioration se reconnaît au pouls qui diminue de fréquence et à la pression sanguine qui augmente chez certains malades ; cependant on ne constate pas autre chose qu'une amélioration subjective.

Dans tous les cas, l'emploi local du froid ne peut être ici mis en parallèle avec la digitale au point de vue de l'efficacité.

L. Jumon.

Action des courants sinusoïdaux sur l'état du cœur, par V. Lippert (*Berlin. Klin. Woch.* 25 avril 1904). — L'auteur a recueilli 149 observations relatives à l'action des bains électriques sinusoïdaux sur la fréquence du pouls, la respiration, la matité cardiaque et la pression sanguine. D'après ces recherches l'auteur attribue au bain de courant alternatif sinusoïdal les actions suivantes :

Augmentation de la pression sanguine s'accompagnant souvent en même temps d'une diminution de la fréquence du pouls. On peut ainsi constater des différences de 10 à 15 millim. de pression avant et après le bain.

Stimulation énergique des échanges.

Relèvement de l'énergie motrice soit du muscle cardiaque, soit des autres muscles du corps atrophiés ou affaiblis.

Amélioration du sommeil; l'auteur a pu constater particulièrement cette influence dans l'agrypnie des artério-scléreux et des simples neurasthéniques.

L. Jumon.

Les cardiopathies rhumatismales et artérielles sur le littoral méditerranéen (*Journal des praticiens*, 23 avril 1904). — Huchard estime que tous les cardiopathes, à condition de ne pas être parvenus à la période asystolique, peuvent toujours et doivent souvent passer l'hiver dans le Midi, à condition de prendre des précautions nombreuses. Il faut un repos complet de 8 à 15 jours après l'arrivée à la station climatérique, éviter le bord immédiat de la mer, ainsi que le vent, qui provoque un spasme des vaisseaux périphériques. Au coucher du soleil, le malade restera chez lui pour échapper aux conséquences du refroidissement brusque de la température. Pour cette même raison, on évitera les salles de spectacle, les cercles, etc : au moment de la sortie, il est difficile de se mettre à l'abri du refroidissement. L'habitation enfin, souvent exposée à tous les courants d'air, à chauffage rudimentaire, devra être soigneusement choisie.

En outre, le système nerveux de chaque malade a ses réactions propres : pour décider d'un séjour au bord de la mer, il faut que le médecin traitant connaisse bien ces réactions.

E. Vogt.

La péricardite et la ponction du péricarde, par A. Doebert (*Berlin Klin. Woch*, 2 mai 1904). — Sur 5. cas de péricardites l'auteur en a relevé 19 avec épanchement dont quatre ont été traités par la ponction en raison de l'abondance du liquide. Dans le premier cas la ponction fut faite dans le cinquième espace intercostal immédiatement à gauche du sternum ; l'aspiration faite avec précaution ramena 130 cc. de liquide, la ponction dut être répétée au bout de quatre jours et cette fois elle donne 1.050 de liquide, puis quatre jours encore après 200 cc. mais l'état du cœur ne s'améliora pas et le malade mourut peu de temps après. Le myocarde était dégénéré et il y avait encore 500 cc. de liquide dans le péricarde.

Dans le deuxième cas, un jeune homme de 19 ans atteint de polyarthrite rhumatismale grave et d'endopéricardite, la ponction fut également faite dans le cinquième espace intercostal. Il ne fut retiré que 20 gr. de liquide, le trocart s'étant bouché. Le malade succomba huit jours plus tard à l'asthénie cardiaque.

Dans les deux autres cas la ponction fut faite avec bons résultats à droite du sternum. La première fois la ponction faite avec l'appareil Dieulafoy évacua 250 cc. de liquide. L'état se releva d'abord, mais le malade succomba aux progrès de l'endocardite. Dans l'autre cas la ponction fut faite trois fois à droite avec succès et le malade se rétablit. Dans ce cas, l'auteur fait remarquer que le cœur surnageait, dans le liquide épanché; aussi donne-t-il le conseil, lorsque la ponction ramène peu de liquide de soulever la partie supérieure du corps et même au besoin de l'incliner tout à fait en avant. Cette manœuvre n'échouerait que dans le cas où il existerait des adhérences en avant entre les deux feuillets du péricarde, mais l'auteur n'a jamais trouvé cette localisation de fausses membranes à l'autopsie. Doebert recommande la ponction faite du côté droit, comme la pratiquent quelques auteurs.

L. Jumon.

La diurèse par réduction des liquides, par Huchard et Fiessinger (*Journal des praticiens*, 7 mai 1904). — Ce procédé ne s'applique pas aux seuls obèses, et doit être considéré comme un procédé médical d'urgence. Quand un cardiaque a le cœur très dilaté, que l'œdème augmente avec la digitale et l'alimentation lactée, on réduit les liquides à 1 litre 1/2 (2/3 de lait pour 1/3 d'eau) à prendre dans les 24 heures par verres à Bordeaux. On observe dès le premier jour une action diurétique qui continue 2, 3 et même plusieurs jours, avec élimination abondante de chlorures qui entraînent avec eux leur eau de dissolution.

Si l'œdème est trop tendu, et qu'il y a compression des voies de résorption, le procédé échoue momentanément.

Les cas favorables, dont les auteurs citent 4 observations, se rapportant aussi bien aux cardiopathies artérielles qu'aux cardiopathies vasculaires. Cette méthode n'agit pas sur le cœur lui-même, mais elle le tonifie en allégeant son travail, et un cœur ainsi soulagé réagira souvent efficacement à des doses, même minimes, de digitaline (1/10 c. de milligr. de digitaline cristallisée pendant 10 jours de suite), alors qu'avant la réduction des liquides le médicament restait sans effet même à fortes doses.

Le second et le troisième jour de réduction des liquides, on injectera 0,25 gr. de caféine. Ensuite régime déchloruré lacto-végétarien et 0,50 gr. de théobromine, trois fois par jour.

En cas d'œdèmes très tendus, on fera, avant de prescrire ce régime, des mouchetures sur les membres inférieurs.

E. Vogt.

De l'emploi sous-cutané du camphre, particulièrement dans la tuberculose pulmonaire, par Walther Koch (*Berlin. Klin. Woch.*, 2 mai 1904). — Sur les indications d'un travail publié par Alexander, l'auteur se sert depuis cinq ans du camphre dans la tuberculose pulmonaire et a toujours été satisfait des résultats; sans vouloir le considérer comme un spécifique, il le regarde comme un puissant adjuvant. L'injection est faite sur la ligne médiane du dos, après avoir nettoyé la région avec de l'éther, la canule est un peu plus forte que pour une injection de morphine, de façon à pouvoir pousser l'injection sans difficulté dans les masses musculaires ; la solution comporte 5 gr. 50 de camphre pour 50 grammes d'huile d'olive surfine. Jamais il ne s'est produit ni rougeur, ni abcès, ni gonflement de la peau.

L'injection a pour résultat de faire tomber la température à la normale pendant un certain temps, de faciliter l'expectoration, de supprimer presque toujours les sueurs nocturnes, de relever l'appétit. Il s'est produit des différences de huit livres en quatre semaines.

Chez les malades au dernier stade, les injections camphrées ont donné des rémissions passagères surprenantes, pour lesquelles assurément la suggestion peut n'être pas étrangère. Si le malade meurt on ne voit pas survenir d'hémoptysies.

Dans le deuxième stade les résultats ont été meilleurs, et ils sont durables. Des malades qui avaient une fièvre vive se remettent à travailler. Cependant il est difficile d'obliger les malades qui travaillent à sacrifier du temps pour venir se faire injecter à la consultation. D'autre part les essais d'administration par la bouche n'ont donné que des insuccès, il en est de même de l'emploi par la voie rectale.

Aussi l'auteur a-t-il essayé d'administrer le camphre en friction, mais les malades déclarèrent que ces frictions étaient plus pénibles que l'injection et qu'elles ne donnaient pas le résultat souhaité. Cependant en se servant des véhicules absorbables, comme la lanoline, on réussit à obtenir une absorption très rapide du camphre. A la pommade se trouvent incorporés comme correctif du baume du Pérou, de l'essence d'eucalyptus et de romarin. Les résultats obtenus sont alors analogues à ceux des injections, et avec quatre grammes du mélange on fait absorber 0,40 de camphre.

Les mêmes frictions peuvent être employées dans l'emphysème et la bronchite. Les malades expectorent d'abord plus facilement une grande quantité de mucus, puis l'expectoration se tarit. Le sommeil est meilleur, ainsi que l'appétit, la respiration est plus facile. Une précaution à prendre est de n'employer le camphre qu'avec prudence chez les femmes dans les premiers mois de la grossesse, en raison de ses propriétés abortives.

L. Jumon.

Maladies du système nerveux

Dr P. SAINTON

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine.

Traitement de la chorée, par Windscheid (*Wien. Klin. Woch.*, 26 mars 1904). — Les enfants pâles, dont la nutrition est en souffrance à l'âge de la puberté doivent se garder de tout surmenage physique et intellectuel. Si la chorée se développe, le principe capital du traitement consiste dans le repos corporel absolu. Dans les cas graves, les enfants ne doivent pas fréquenter l'école, le repos au lit est nécessaire en prenant les dispositions pour éviter les blessures aux malades. Dans les cas légers, le repos doit seulement être prolongé au lit, avec séjour pendant des heures en plein air. L'alimentation doit être simple, sans excès de viande ou d'albumine, elle comprendra beaucoup de laitage, des légumes verts, des fruits, pas d'alcool. Dans les cas d'origine rhumatismale, on peut recourir au salicylate de soude, 0,25 à 1 gr., plusieurs fois par jour, à l'antipyrine 0,50 à 1 gramme, en 3 doses, à l'aspirine, sans compter cependant sur l'efficacité de ces médicaments.

L'arsenic possède une influence très favorable sur la chorée, même dans les cas d'origine rhumatismale, mais on a recours à des doses trop faibles. L'auteur donne un mélange de liqueur de Fowler et d'eau par parties égales et commence par 4 gouttes trois fois par jour et augmente de deux gouttes tous les deux jours jusqu'à ce qu'il atteigne vingt gouttes. S'il survient des phénomènes d'intoxication, on supprime le médicament. On ne doit pas recommander l'arsenic en pilules ou en eaux minérales. Parfois on est obligé de recourir à des narcotiques : l'auteur donne la préférence à l'hydrate d'amylène, 3 à 4 grammes en lavement, au trional, 1 à 1 gr. 50; il faut être très prudent au sujet de l'emploi de la morphine.

En outre, on aura recours à un traitement hydrothérapique doux, pas de frictions, ni de douches froides, mais surtout des lavages tièdes de préférence le matin, des grands bains tièdes à 27°, 28°, de une demi-heure à une heure de

durée, ou bien des enveloppements humides. On abaisse progressivement la température de l'eau, à mesure que la maladie rétrocède. Les bains de vapeur sont parfois excellents dans les cas de chorée rhumatismale, cependant on doit les donner avec prudence chez les enfants anémiques, faibles ou même chez les cardiaques. Les exercices physiques doivent être gradués, mais jamais poussés jusqu'à la fatigue.

L. Jumon.

Excision du ganglion de Gasser, par Damer Harrisson (*British med. J.* 23 avril 1904). — L'auteur à rapporté deux cas dans lesquels il a enlevé le ganglion de Gasser pour des névralgies paroxystiques. Le premier est celui d'un homme de 45 ans atteint depuis plusieurs années de névralgies graves correspondant à la distribution du nerf dentaire inférieur et du nerf sous-orbitaire. Une portion du nerf dentaire inférieur fut excisée dans son canal osseux, nerf sous-orbitaire fut mis à nu et étiré. L'opération fut suivie de la disparition complète des symptômes. Mais la névralgie récidive quelque mois plus tard. Finalement il fallut en venir à l'excision du ganglion de Gasser par le méthode de Rose, et depuis la névralgie n'a pas reparu.

Dans le second cas la névralgie était limitée dans le territoire du dentaire inférieur. Un soulagement temporaire succéda à l'arrachement du nerf près de la base du crâne, mais il fallut encore recourir à l'excision du ganglion de Gasser comme dans le cas précédent. La douleur névralgique n'a pas reparu depuis 1896.

L. Jumon.

Ophtalmologie.

Dr Darier

Ancien Président de la Société d'ophtalmologie

La dionine en thérapeutique oculaire, par le Dr José de Jesos Gonzalès (*Cronica Medica Mexicana*, novembre 1903). — La dionine est un chlorhydrate d'éthyl-morphine qui se présente sous forme d'une poudre blanchâtre, très soluble dans l'eau, dans l'alcool, et insoluble dans l'éther et le chloroforme.

Son action générale est semblable à celle de la morphine et de la codéine, mais elle est beaucoup moins toxique que ces alcaloïdes.

Si on en applique une petite quantité dans le cul-de-sac conjonctival on provoque une cuisson intense avec injection de la conjonctive accompagnée d'un abondant larmoiement; au bout de peu de minutes l'œdème conjonctival et des paupières devient excessif.

L'auteur résume les propriétés de la dionine ainsi qu'il suit :

Analgésie locale, action lymphagogue et comme conséquence *réabsorption des exsudats; diminution de la tension intra-oculaire.*

De ces propriétés on peut facilement déduire les indications suivantes :

1° Dans les affections douloureuses du globe oculaire, épisclérite, kératites, ulcères de la cornée, iritis, irido-cyclites;

2° Quand il s'agit de produire la réabsorption des exudats; infiltrations cornéenes, kératites interstitielles ou parenchymateuses, épanchements sanguins ou purulents dans la chambre antérieure, iritis, opacités du corps vitré;

3° Pour produire l'hypotension; glaucome, iritis, irido-cyclites.

Contre-indications: 1° Avant tout on doit proscrire la dionine avant les opérations, car elle rendrait difficile les manœuvres et empêcherait la cicatrisation à cause de l'œdème qu'elle produit;

2° On doit l'éviter dans tous les cas où pour la bonne réussite de l'opération, la congestion et l'œdème conjonctival seraient nocifs : conjonctivite, péri-kérato-conjonctivite, trachome, etc.

Modes d'administration et doses. — On peut l'instiller en poudre à une dose inférieure à 1 centigramme dans les cas de douleurs très vives, ou bien quand il faudra obtenir une action lymphagogue rapide et intense; mais il est préférable d'utiliser des solutions à 2 0/0 pour produire l'œdème et une concentration encore plus faible pour obtenir l'analgésie; dans l'un et l'autre cas on instillera la solution goutte à goutte jusqu'à effet.

Darier conseille la solution à 5 0/0, mais il ne faut pas oublier que c'est un médicament auquel on s'habitue vite et que l'effet obtenu la première fois ne s'obtient pas avec les mêmes doses les fois suivantes.

La dionine n'est pas un véritable agent *curatif* des affections oculaires, mais seulement un médicament symptomatique, analgésique et lymphagogue; par conséquent on doit lui associer les autres médicaments recommandés dans chaque cas. Elle ne présente pas d'incompatibilité chimique ni physiologique avec les divers mydriatiques et myotiques.

F. Béraini.

Iodoforme dans les affections oculaires (*Sobrom. Therapia*, N° 6, 1903). — Moslennikoff publie un très intéressant travail sur les injections sous-conjonctivales d'éther iodoformé

(1 : 52) dans les affections oculaires infectieuses.

Il est nécessaire d'abord d'anesthésier l'œil par la cocaïne; en outre, il faut pendant l'injection asperger l'œil à l'eau de facon à soustraire la conjonctive à l'action de l'éther, étant donné qu'une partie du liquide injecté s'écoule de nouveau en dehors. C'est dans le même but qu'on maintient les paupières ouvertes pendant deux à quatre minutes. Immédiatement après l'injection, l'iodoforme commence à se déposer et il ne disparaît que progressivement et assez lentement.

L'auteur a commencé par étudier sur des lapins l'action des injections sous-conjonctivales. A trois lapins il a injecté dans l'épaisseur de la conjonctivite des deux yeux un mélange de bouillons de culture pure, âgés d'un ou de deux jours, de streptocoque jaune.

Dès le deuxième jour, au moment où sont survenus des phénomènes d'infection très prononcés, il a injecté, sous la conjonctive, de l'éther iodoformé en quantité de 2 à 3 divisions. L'injection n'a été faite que dans un seul œil, l'autre servant de témoin. Les yeux étaient protégés par un masque.

Dans le cours de la maladie on n'a eu recours à aucun traitement, sauf aux lotions à l'eau distillée.

A un quatrième lapin, chez lequel on a inoculé les yeux de la même façon que chez les trois premiers, le traitement par les injections sous-conjonctivales a été commencé immédiatement après l'inoculation. L'action immédiate des injections s'est traduite par l'apparition d'une tuméfaction péricornéenne: pendant les premiers jours la conjonctive était œdématiée et fortement irritée; parfois il y avait des ecchymoses sous-conjonctivales, tout cela disparu par la suite.

Les résultats obtenus ont été les suivants :

Chez le premier lapin, l'ulcère purulent de la cornée s'est cicatrisé le cinquième jour avec tache; sur l'autre œil la cicatrisation s'est faite au bout de douze jours, accompagnée également d'une tache.

Chez le deuxième lapin l'œil témoin a été perdu le septième jour par panophtalmie, quant à l'œil traité, l'ulcération s'est cicatrisée, laissant une tache.

Chez le troisième lapin, l'œil témoin a été perdu le quatorzième jour par panophtalmie; l'autre œil a gardé une tache.

Chez le quatrième lapin il s'est formé par la suite une tache de la cornée au lieu de l'infection.

L'auteur a ensuite employé cette méthode de traitement sur sept malades. Sur ces sept malades deux étaient atteints d'ulcère suppuré de la cornée, les cinq autres d'ulcère suppuré avec collection de pus dans la chambre antérieure.

L'auteur s'est préalablement assuré que l'introduction sous-conjonctivale d'éther iodoformé n'est pas nuisible à l'œil humain (par une expérience sur un œil condamné à l'énucléation).

L'action immédiate des injections sous-conjonctivales s'est traduite en ceci :

Immédiatement après l'injection tous les malades ont ressenti une douleur dans l'œil; cette douleur pas trop intense disparaissait au bout de quelques minutes.

Pendant les premiers jours la réaction a été très intense : œdème de la conjonctive envahissant parfois des ecchymoses. Tous ces phénomènes disparaissent par la suite; on n'a jamais observé de gangrène de la muqueuse. Les injections diminuaient dès les premiers jours la sécrétion conjonctivale.

Quant à l'influence exercée sur la marche et la terminaison du processus ulcératif de la cornée, tout ce qu'on peut dire, c'est que cette méthode de traitement n'aggrave pas la situation, peut-être atténue-t-elle la force du virus.

Ajoutons à ce propos que Sneguireff fait remarquer que les injections sous-conjonctivales ne peuvent pas — à l'encontre de ce qu'affirme Maslennikoff — ne pas être douloureuses — à en juger tout au moins d'après ce qui se passe dans les injections sous-cutanées d'éther.

Du reste, un troisième auteur russe, Blagovetschevsky, en se basant sur des observations personnelles, confirme la manière de voir de Sneguireff.

J. Roubleff.

Maladies vénériennes
Maladies de la Peau

Dr MOREL-LAVALLÉE

Médecin des Hôpitaux.

Le lichen simple et la lichénification, traitement, par Leredde (*Rev. prat. des mal. cutanées*, 1er avril 1904). — Le traitement externe donne des résultats remarquables dans le lichen circonscrit et suffit le plus souvent à lui seul pour amener la guérison.

On fera d'abord l'asepsie de la surface lorsqu'elle paraîtra indiquée par la présence de lésions superficielles anormales : on l'obtiendra très rapidement par l'application de pansements demi-humides, des lavages avec des solutions

émollientes ou de l'eau salée physiologique et l'application de pâtes simples sans eau.

L'asepsie faite, on a le choix entre un grand nombre de moyens.

Les emplâtres conviennent parfaitement au traitement des lésions profondes et peu irritables, dans un grand nombre de cas ; il faudra nettoyer les surfaces en les changeant chaque jour, et surveiller l'état de la peau pour éviter les infections secondaires. On a employé tous les emplâtres possibles, à l'oxyde de zinc, à l'acide salicylique, à l'huile de cade, à l'huile de foie de morue, à l'ichthyol à l'emplâtre rouge de Vidal.

Si les lésions sont irritables ou s'infectent facilement, on recourra aux colles. Il n'y a pas d'avantage à leur incorporer quelque substance que ce soit, mais on peut, en changeant la colle toutes les vingt-quatre ou quarante-huit heures, faire des badigeonnages au moyen de substances réductrices ou anti-prurigineuses, par exemple des solutions d'ichthyol, de thiol, de menthol, etc.

Brocq emploie souvent des pommades, en particulier la préparation suivante :

Acide tartrique.....	3	grammes
— salicylique.....	2	—
— phénique.....	1	—
Glycérolé d'amidon à la glycérine neutre.....	74	—

L'électricité a été fréquemment appliquée au traitement des lichens circonscrits depuis quelques années. Le procédé de choix est constitué par l'électricité de haute fréquence. L'électricité statique, sous forme de bains, d'effluves et d'étincelles peut également donner de bons résultats.

L'auteur a obtenu des résultats excellents en appliquant une pâte exfoliante tous les huit jours en moyenne sur les plaques : dans l'intervalle, on applique en permanence sur la plaque traitée une pâte de zinc molle, qu'on renouvelle chaque jour. La durée des applications est élevée progressivement de vingt minutes à une demi-heure et même trois quarts d'heure.

On ne peut appliquer la pâte résorcinée sur de trop larges surfaces.

Huit ou neuf fois sur dix, la guérison est obtenue par six ou dix applications. Le prurit diminue très rapidement.

Chez les malades qui présentent seulement une ou deux plaques de lichen circonscrit, le traitement local, joint à quelques recommandations, suffit à amener la guérison, mais il faut faire plus chez ceux qui présentent des plaques multiples, chez lesquels l'affection récidive et qui présentent en même temps des troubles névropathiques.

Les malades suivront l'hygiène générale des prurigineux, on leur interdira les aliments irritants de tout ordre, ils éviteront les préoccupations nerveuses et morales et le surmenage physique ou intellectuel. Les douches tièdes, l'électrisation généralisée (bains statiques, courants sinusoïdaux) peuvent être employées dans les cas graves et rebelles.

Les stations minérales qui conviennent aux malades atteints de lichénifications circonscrites sont surtout des eaux indifférentes, Néris, Luxeuil, en France, Schlangenbad en Allemagne, Ragatz en Suisse, la Bourboule, lorsque la nervosité n'est pas très développée, et Saint-Gervais lorsqu'il y a des tendances marquées à des complications d'eczématisation brusque à type inflammatoire. La cure hydrothérapique de Divonne peut donner des résultats précieux.

Dans les lichénifications primitives diffuses, on prescrira également un traitement général et un traitement local.

Au point de vue de l'hygiène cutanée, on évitera toutes les causes d'irritation, savon, bains médicamenteux, vêtements de laine et de coton.

On prescrira le régime et le traitement de la dyspepsie de fermentation si l'on soupçonne quelque trouble gastro-intestinal. Au besoin, l'estomac sera tubé.

Le traitement local repose surtout sur l'emploi de l'hydrothérapie tiède et de l'électricité statique.

Comme topique, l'auteur recommande le sapolan, auquel on ajoutera diverses substances antiprurigineuses ou réductrices, thiol, tuménol, résorcine, et une certaine quantité d'acide salicylique pour augmenter le pouvoir de pénétration (1 pour 50 à 1 pour 100). Dans certains cas, le traitement par les goudrons donne des effets remarquables.

L'auteur croit enfin qu'on pourrait essayer d'agir par la cure d'exfoliation sur les régions les plus malades à condition de ne soigner que des surfaces assez peu étendues.

E. Vogt.

Epithéliome cutané traité par les courants de haute fréquence, par Ménard (*La méd. moderne*, 14 mai 1904). — Observations d'un homme de 67 ans, opéré il y a huit mois environ d'un épithéliome cutané de la région sous-claviculaire droite. La cicatrisation ne fut jamais entièrement obtenue et depuis deux mois la plaie augmentait progressivement tant en surface qu'en profondeur. Les téguments voisins contenaient dans leur épaisseur cinq ganglions de volume variable. L'un d'eux, le plus volumi-

meux, situé près de l'extrémité interne de la plaie, était le plus douloureux à la palpation.

Après la première application des courants de haute fréquence, on observe aussitôt un ramollissement complet de toutes les parties indurées, les ganglions étaient devenus indolores, tandis que les diamètres de la plaie avaient diminué. Les jours suivants, la plaie diminuait en étendue et en profondeur pour être entièrement cicatrisée au bout de la huitième séance. La durée totale du traitement a été de douze jours.

E. Vogt.

Traitement des maladies de la peau par les courants de haute fréquence, par W. Allen (*Medical Record*, 20 février 1904). — Dans ce travail, Allen cherche à répondre aux questions suivantes : que sont les courants de haute fréquence? Comment les produit-on? Comment les applique-t-on ? Quel est leur mode d'action et quelle est leur valeur thérapeutique dans le traitement des maladies de la peau? Pour nous en tenir aux questions pratiques l'auteur rappelle que les courants de haute fréquence sont appliqués de diverses manières qui sont l'autocondensation, l'électrisation générale, l'application localisée et l'autoconduction.

Les effets des courants de haute fréquence sont : localement d'activer la nutrition, d'être toniques pour la peau ; au point de vue général d'améliorer la nutrition, d'accroître les oxydations et l'élimination ; de produire des effets favorables dans les affections malignes; les anémies, la neurasthénie, le rhumatisme chronique et la goutte, l'obésité, le diabète, la phtisie, etc. Les courants sont contre-indiqués dans les inflammations aiguës, le rhumatisme aigu, les états fébriles.

L'auteur a employé les courants de haute fréquence dans un grand nombre de cas de sa pratique dermatologique.

Laissant de côté les cas de cancer et de lupus, où ces courants interviennent comme adjuvants des rayons X, Allen a pu détruire de petites infiltrations sarcomateuses par l'étincelle de haute fréquence et a amélioré certains cas de sarcome des maxillaires par l'fefluve.

Le principal bénéfice qu'on retire de l'emploi de ces courants en dermatologie s'observe dans les cas accompagnés de prurit intense, de douleurs névralgiques et dans les paresthésies variées. Dans l'eczéma chronique le contact de l'électrode dans le vide atténue beaucoup les symptômes et diminue l'infiltration. Les lésions sont très améliorées dans le lichen et les démangeaisons disparaissent. Dans l'herpès zoster, avec hypéresthésie et douleur névralgique, non seulement on obtient immédiatement, après chaque application, un soulagement temporaire, mais le cours de la maladie est diminué et les lésions guérissent plus rapidement. Lorsqu'on dirige l'étincelle sur les lésions de l'urticaire, celles-ci disparaissent entièrement pour laisser la place à une aire anémiée, mais la rougeur revient au bout de quelques minutes, la dilatation vasculaire succédant à la vaso-constriction. Employés d'une façon générale, les courants font diminuer les démangeaisons dans l'urticaire.

L'auteur a employé avec beaucoup d'avantages les courants de haute fréquence dans l'acné, l'alopécie, l'eczéma, le prurit anal, le prurit vulvaire, le prurit généralisé, le pityriasis rosé, l'urticaire, le lichen plan, le mycosis fongoïde, l'herpès zoster, l'acné rosacée, le psoriasis, l'ichthyose, l'érythème noueux, les ulcères, etc. Mais il croit qu'on ne doit pas négliger en même temps les autres traitements. Ils n'ont une action thérapeutique par eux-mêmes que dans un petit nombre de cas, mais ils atténuent les symptômes dans beaucoup de cas. Au total leur action thérapeutique est inférieure à celle des rayons X dans le traitement des maladies de la peau.

L. Jumon.

Gynécologie et Obstétrique.

Dr R. BLONDEL.

Chef de laboratoire

à la Maternité de la Charité.

Les dangers des injections intra-utérines (*Deutsche med. Wochenschrift*, 21 avril 1904). — Le Pr Zweifel, après un historique de la question et une interprétation des cas publiés dans la littérature, estime que les injections intra-utérines ne doivent pas être faites sans certaines précautions. Il faut en premier lieu n'introduire dans la cavité utérine que des quantités minimes de liquide, pour empêcher toute sortie par les trompes. On ne se servira que de seringues fort exactement graduées et on n'injectera pas plus de *une à deux gouttes* de liquide. On ne sera autorisé à dépasser cette dose que si l'écoulement par le vagin est absolument assuré. Si l'on ne se sert pas de tubes rigides pour l'injection, si l'on ne dilate pas le canal cervical, il faut s'en tenir à la dose ci-dessus indiquée. L'auteur considère comme un *lapsus calami* la dose limite de 2 grammes, indiquée par Dœderlein, pour les injections faites avec la seringue de Braun.

En outre, il faut faire un choix sévère entre les diverses substances susceptibles d'être employées. L'auteur indique, comme utilisables, les suivantes : Nitrate d'argent 2 à 5 0/0, protargol 5 à 20 0/0, alumnol 5 à 10 0/0, formol (à 25 0/0), 20 à 30 0/0, teinture d'iode pure ou diluée, solution officinale de perchlorure de fer plus ou moins dilué, à la rigueur même pure.

C'est la solution de perchlorure qui est de beaucoup la plus dangereuse, mais on ne saurait la rejeter, car on obtient avec elle, en cas de métrorrhagies, des résultats parfois extraordinaires.

Les badigeonnages, beaucoup moins nocifs, devront en général être préférés aux injections.

E. Vogt.

Emploi de l'eau oxygénée chimiquement pure, spécialement dans les cas d'affections des organes génitaux (*Therap. Monatshefte*, mai 1904). — Richter estime que l'eau oxygénée à 30 volumes n'exerce pas, sur le chancre mou, des effets cicatrisants aussi marqués que l'acide phénique liquide : en revanche, l'endométrite blennorrhagique récente cède rapidement aux applications d'eau oxygénée : tous les 4 jours, on fait une application d'un mélange de parties égales de H^2O^2 et d'eau distillée. On commence par placer un spéculum tubaire, on enlève toutes les sécrétions et on verse ensuite 1 à 2 ccm. du mélange dans le spéculum : il faut auparavant que toute hémorragie éventuelle ait cessé, car le spéculum se remplirait, dans le cas contraire, d'une mousse abondante n'exerçant pas l'action caustique cherchée. Quand le liquide a été introduit, on fait pénétrer dans le canal cervical une sonde recouverte d'ouate qui s'imbibe de H^2O^2 : des bulles de gaz sortent, après le retrait de la sonde, du canal cervical : quand cette production gazeuse a cessé, on réintroduit la sonde dans le canal cervical. Suivant les indications, on fera varier le nombre des introductions successives. En moyenne, le traitement dure 2 mois. Dans les cas chroniques, il est souvent nécessaire de prolonger encore la durée des applications, mais l'auteur a néanmoins eu l'impression que cette méthode est plus efficace que les méthodes ordinaires, y compris les cautérisations au chlorure de zinc à 30 0/0 et l'alcool iodé à 5 0/0.

La leucoplasie buccale cède rapidement aux badigeonnages avec H^2O^2 en solution concentrée, suivis de gargarismes avec une solution à 3 0/0.

E. Vogt.

Les traitements balnéaires à la période de formation de la femme (*Therap. Monatshefte* mai 1904. — Le Dr Kisch est d'avis de combattre les troubles circulatoires et nerveux de cette période par des lavages généraux à l'eau froide (en allant de 20° C. à 10°), soit au moment de se coucher, soit en se levant. S'il existe un peu de chloro-anémie, il est bon, une demi-heure avant de procéder au lavage, de faire ingérer une tasse de lait ou de thé chaud, et de faire suivre le lavage d'un repos au lit. Si toutefois la chloro-anémie est prononcée, si les troubles psychiques sont accentués, on se gardera de recommander l'eau froide, et on choisira des températures allant de 24 à 31°C.

En cas de chloro-anémie sans troubles nerveux trop accentués, on obtient de bons résultats avec des bains chauds à 40° C., de 15 à 30 min. de durée, suivis d'une friction rapide à l'eau froide, avec repos au lit consécutif, pendant une heure.

Les thermes à dégagement d'acide carbonique sont souvent indiqués ; il est indifférent de s'adresser à des eaux ferrugineuses, chlorurées sodiques, etc., car l'agent thérapeutique est représenté par l'action qu'exerce l'acide carbonique sur la peau. On peut prendre ces bains à un degré thermique peu élevé, car l'acide carbonique provoque, même dans ces conditions, une sensation de chaleur à la peau. On passera peu à peu de 32°c à 25° et la durée sera de 10 à 20 min. On peut en cas de nécessité, remplacer un séjour aux eaux par des bains gazeux artificiels, mais on n'obtiendra jamais des résultats aussi probants, parce que le gaz s'échappe trop tumultueusement de l'eau de ces bains. (La différence est la même, dit l'auteur, qu'entre le bon vin de Champagne et un mélange de vin blanc et d'eau gazeuse).

Les crises tachycardiques, si fréquentes à cette période, seront de même traitées par les thermes à dégagement d'acide carbonique : on recommencera par des eaux chaudes peu chargées de gaz pour arriver à des eaux plus froides très gazeuses.

En cas de retard dans l'apparition des règles on recourra aux bains de boue ferrugineuse. (35 à 46°C, pendant 15 à 45 min.). Parmi les gaz que contiennent ces boues, il semble que c'est surtout l'acide formique qui exerce une action stimulante sur l'innervation cutanée.

Si le sujet est de faible constitution, scrofuleux ou lymphatique, on le dirigera plutôt vers les bains à eaux-mères, de préférence dans les montagnes, ou encore vers les bains de mer (mer du Nord); on commencera par des bains chauds d'eau de mer, avant de permettre le bain à la lame.

Si les troubles psychiques dominent la scène, on se gardera de toutes les interventions ci-dessus énumérées, et l'on se contentera des thermes indifférents d'altitude moyenne.

Les repas seront fréquents et peu copieux, on recommandera la viande et les légumes et fruits cuits riches en fer (épinards, pommes, etc.). Le dernier repas de la journée sera léger et l'on défendra les alcooliques.

La bicyclette provoquant des poussées congestives vers les organes pelviens, sera défendue : le tennis au contraire constitue un excellent exercice.

E. Vogt.

Traitement des convulsions puerpérales par la ponction sous-arachnoïdienne par Arthur Helme (*The Brit. med. J.*, 14 mai 1904). — Les moyens de traitement de l'éclampsie sont assez limités. Helme cite les injections salines, la saignée qui agit sur les convulsions en diminuant la tension artérielle. L'emploi de la morphine constitue un traitement empirique et ajoute une substance toxique à celles qui existent déjà. La plupart des médicaments sont des dépresseurs cardiaques et demandent à être surveillés. Il serait indiqué d'avoir un moyen de traitement qui arrête les convulsions sans introduire dans l'organisme des substances nouvelles qui peuvent être dangereuses, pourvu que ce moyen détournât immédiatement le danger de mort, permit ensuite à la grossesse de continuer son cours et au rein de redevenir perméable.

L'auteur pense que les convulsions et la stupeur dépendent d'une augmentation de la pression intra-cranienne et en conséquence a appliqué la méthode de la ponction lombaire dans un cas d'éclampsie.

La malade est couchée sur le côté gauche ; le tronc aussi fléchi que possible ; la peau de la région lombaire est lavée avec du savon à l'éther et à l'eau, puis avec une solution de sublimé à 1 : 2,000. L'aiguille de trois pouces et demi de long est poussée dans le point médian situé sur ligne transversale reposant sur les points les plus élevés de la crête iliaque. L'opération a eu un plein succès dans un cas désespéré d'éclampsie où l'auteur retira environ 6 grammes de liquide cérébrospinal qui s'échappèrent en un jet et non goutte à goutte comme dans les cas ordinaires. Les convulsions cessèrent à partir de ce moment. Trois heures plus tard l'état inconscient cessait. Néanmoins la malade fut soumise pendant plusieurs jours au traitement thyroïdien et à l'acétate de potasse.

L. Jumon.

Pédiâtrie

Dr E. THIERCELIN

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine.

Les affections infectieuses à la clinique pédiâtrique de l'Université de Leipzig : leur traitement (*Deutsche med. Wochenschrift*, 21-28 avril 1904). — Le Pr Soltmann donne, à propos des diverses infections qu'on observe dans son service, une série de conseils dont nous retiendrons ceux qui ne sont pas du domaine courant de la thérapeutique.

Rougeole. — Un à trois bains à 35° C. par jour, à partir du début de la desquamation (dans la scarlatine on commence dès le premier jour) : pendant le bain, douches en pluie sur la tête de 30 à 22°C. Durée du bain, 10 minutes. Badigeonnages des cavités nasales avec de l'huile tiède, instillations intra-auriculaires de glycérine phéniquée à 5-10 0/0.

Scarlatine. — En cas de retard de l'apparition de l'exanthème, injections hypodermiques de pilocarpine à 1 0/0 (1/2 à 1 seringue), précédées d'injections d'éther. Parfois administration interne du mélange suivant :

Pilocarpine.....	0,02 grammes
Acide chlorhydrique.	II gouttes
Pepsine.....	0.5 grammes
Eau distillée.....	80 —

Une cuillerée à café toutes les 3 heures.

Cette potion exerce une action remarquable, aussi bien en cas de retard de l'exanthème qu'en cas d'accidents urémiques.

En cas d'adénite, vasogène iodé à 6 0/0.

En cas de desquamation membraneuse avec prurit intense, onctions avec : huile d'olives, huile de foie de morue, parties égales.

Les divers sérums n'ont donné à l'auteur aucun résultat.

Coqueluche. — L'huile essentielle de cyprès, en solution alcoolique à 1 : 5, donne d'excellents résultats à la dose de 2 à 3 cuillerées à café versées quatre fois par jour, sur le lit et les oreillers. Les accès diminuent rapidement en nombre et en intensité, la cyanose, l'œdème du visage disparaissent.

Diphtérie. — Injection de sérum, dès le début (1.500 unités anti-toxiques). En cas de croup, séjour dans un local sursaturé de vapeur d'eau.

E. Vogt.

La douleur abdominale dans le rhumatisme aigu, traitement, par Vere Pearson (*The Brit. med. J.*, 14 mai 1904). — Parmi les petits symptômes du rhumatisme aigu fréquemment obser-

vés chez l'enfant, Still a appelé l'attention sur la douleur épigastrique. Cette douleur en général paroxystique peut être accompagnée de frisson, parfois de vomissement, surtout lorsque la douleur est précordiale. C'est une douleur profonde, aiguë, survenant par accès, est indépendante de toute ingestion alimentaire ou autre; on l'observe plus souvent chez les filles que chez les garçons.

Le traitement de ce symptôme est souvent la cause de difficultés considérables lorsque les symptômes n'ont qu'une gravité légère. Les médicaments ordinaires dirigés contre les douleurs abdominales d'autres sortes, contre les douleurs stomacales habituelles, par exemple, ne paraissent avoir aucune influence sur ce symptôme, tandis que si d'autres indications du rhumatisme surgissent et sont de nature à nécessiter le traitement de la maladie au lit, les douleurs disparaissent presque complètement. Cette épreuve thérapeutique peut être d'une grande valeur diagnostique. Comme dans beaucoup de symptômes de rhumatisme aigu dans l'enfance, le salicylate de soude, donné à doses petites ou modérées à un malade qui peut se lever et suivre plus ou moins un régime ordinaire soulagera très souvent les malades et empêchera le retour de ces douleurs. Mais en général, si le symptôme est dans toute son intensité, ou s'il y a d'autres manifestations rhumatismales graves, le traitement ne sera efficace que s'il s'adresse au rhumatisme et si l'on met les malades au lit. L'auteur ajoute qu'il a trouvé l'aspirine très utile dans un ou deux cas où il l'a employée.

L. Jumon.

La lithiase rénale chez les enfants, par M. Mousseaux (*La pédiatrie pratique*, 1er mai 1904). — La lithiase rénale chez les enfants d'un à quinze ans est peu connue. Les malades sont, le plus souvent des enfants d'arthritiques, de goutteux, d'obèses et surtout de graveleux. Une mauvaise hygiène alimentaire, trop azotée avec le défaut d'exercice constitue une cause prédisposante importante. Un séjour au lit nécessité par un accident, une maladie, est une cause fréquente de gravelle.

La lithiase rénale est plus fréquente chez les garçons; elle est le plus souvent urique. Le début passe souvent inaperçu. Le seul symptôme caractéristique serait la présence du sable dans les urines. La colique néphrétique cependant n'est pas très rare, elle peut être accompagnée d'hématurie, les troubles de la miction sont très fréquents. Enfin l'hydronéphrose et les complications infectieuses sont rares. La gravelle rénale est souvent associée à d'autres manifestations arthritiques.

Le traitement consiste surtout dans une bonne hygiène alimentaire et physique; il faut veiller en particulier à ce que l'alimentation ne soit ni trop abondante ni trop azotée: certains mets particulièrement nocifs devront être évités comme chez l'adulte. Pour assurer les combustions organiques, les malades doivent être soumis à un exercice suffisant, les boissons abondantes doivent être prescrites pour éliminer les déchets; enfin les cures hydrominérales judicieusement conseillées produiront souvent d'excellents résultats.

L. Jumon.

Les paralysies radiculaires obstétricales du plexus brachial et leur traitement électrique, par E. Albert-Weil (*Journal de physiothérapie*, 15 mars 1904). — Il est de toute nécessité que le traitement électrique soit bien fait: il ne doit pas toujours être uniforme; il doit varier avec la gravité des lésions, avec la marche de la réparation: c'est dire qu'il ne saurait être confié aux mains des parents ou de gardes ignorantes.

Si tous les muscles frappés réagissent encore au courant faradique, le traitement de choix doit être *la galvano-faradisation*: chaque séance est de dix minutes et elle est répétée au moins 3 fois par semaine.

Si tous les muscles lésés ou quelques-uns d'entre eux présentent la réaction de dégénérescence, il n'y a plus lieu d'employer le courant faradique et c'est exclusivement au courant galvanique qu'il faut recourir.

L'on n'insiste sur les intermittences, ou renversements, pour soumettre les muscles lésés à une gymnastique profonde que lorsque ces muscles commencent à reconquérir quelque force.

Un traitement ainsi approprié aux divers cas cliniques réussit d'autant mieux qu'il est plus précoce et qu'on le fait débuter peu de jours après l'accouchement.

Il est nécessaire de traiter électriquement les paralysies obstétricales radiculaires du plexus brachial dès leur constatation, car l'on peut ainsi entraver le processus dégénératif.

Dans les cas graves le traitement peut être fort long. Les cas bénins, caractérisés par la simple hypo-excitabilité galvanique et faradique guérissent en un mois, et parfois même en moins de temps, quand la compression n'a pas été forte. Les cas graves, caractérisés par la réaction de dégénérescence ou par la réaction longitudinale, demandent au contraire un temps considérable: plusieurs mois ne sont pas de

trop pour la restitution intégrale de toute la motilité du muscle supériinat; et maintes fois l'on n'observe les symptômes qui décèlent l'amélioration que vers le 3e mois du traitement.

L'auteur compte dans ses observations cinq cas particulièrement graves guéris complètement; pour deux, il a fallu de 4 à 5 mois; pour les trois autres, il a été besoin de 8 et même de 10 mois.

E. Voet.

Traitement d'un cas de fracture du crâne avec enfoncement, causée pendant l'accouchement, par Andrew Ross (*Brit. med. J.* 16 avril 1904). — L'accouchement avait été fait avec le forceps, les tractions avaient été énergiques. Sur la tête de l'enfant existait après l'accouchement une dépression presque circulaire située sur l'os frontal gauche et mesurant environ deux pouces de diamètre. L'auteur s'est servi de la méthode de Munro Kerr pour relever cette dépression. C'est-à-dire en exerçant une forte compression d'une part sur l'os frontal droit, de l'autre sur la partie postérieure du pariétal gauche, mais il n'obtint aucun résultat. L'enfant ne parut pas souffrir de cette manœuvre.

Trois semaines plus tard, comme il n'y avait pas d'amélioration apparente et bien qu'il n'y eut pas de symptômes, l'enfant fut opéré. Une incision d'un pouce de longueur fut faite sur le cuir chevelu, commençant en dehors de la fontanelle antérieure et dirigée parallèlement, puis en avant une incision plus petite au devant de la suture coronale gauche; avec un bistouri très tranchant l'auteur fit une incision à travers l'os et passa un crochet à travers l'ouverture entre l'os et la dure-mère qui ne fut pas intéressée. La pointe de l'élévateur fut placée au-dessous du centre de la dépression et l'os fut soulevé sans difficulté. La réduction fut accompagnée d'un bruit et d'une sensation analogues à ceux qui se produiraient en déprimant une balle en celluloïd. L'hémorragie fut peu considérable et le cuir chevelu fut fermé avec deux points de suture. La guérison était complète quatre jours plus tard. L'enfant fut examiné une semaine plus tard, mais il n'y avait aucune modification.

L'opération fut pratiquement sous-cutanée et pourrait être faite immédiatement après la naissance sans danger d'infection par la peau, dans les cas où la dépression ne pourrait être traitée par d'autres moyens et où il existerait des troubles respiratoires ou autres. La méthode de Munro Kerr semble avoir échoué ici parcequ'il existait en réalité une fracture et non une simple dépression, car dans ce dernier cas la méthode donne presque toujours un bon résultat.

L. Jumon.

Pharmacologie

Dr E. VOGT.

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

L'action spécifique de la valériane (*Therap. Monatshefte*, mai 1904). — Engels rappelle que les nombreuses préparations a base d'extrait de valériane ne présentent pas des effets concordants : l'action sédative sur le système nerveux s'exerce au maximum quand on emploie l'éther isovalérianique du bornéol (*bornyval*). C'est un liquide limpide, à odeur de valériane et de camphre. On le prescrira de préférence en capsules contenant 0,25 grammes de principe actif.

Les troubles nerveux suivants, sont rapidedement améliorés par des doses de 2 à 4 capsules par jour : hystérie, neurasthénie, névroses traumatiques, troubles de la ménopause, etc. Le médicament excite l'appétit.

Les résultats ont été négatifs dans les vomissements incoërcibles de la grossesse, la migraine, variables dans les cas d'incontinence nocturne d'urine.

E. Vogt.

Intoxication mortelle par le naphtol camphré (*Soc. de chir.*, 17 mai 1904). — M. Guinard a communiqué un fait désastreux qu'il a observé dans son service. Un homme de 28 ans, ayant été traité par l'injection de 25 cc. de naphtol camphré pour une *adénite cervicale tuberculeuse*, a été pris subitement d'une crise épileptoïde et a succombé malgré tous les soins. A ce propos, l'A. a recherché si cet accident s'était déjà produit et a pu rassembler cinq observations d'intoxication mortelle et 14 accidents graves sans décès. L'importance de cette communication ne saurait échapper à personne vu l'emploi journalier de cet agent peu toxique par lui-même et considéré jusqu'à ce jour comme presque inoffensif, en thérapeutique chirurgicale.

A. Benoit.

Action thérapeutique de l'adrénaline (*Sobrem. Therapia*, Nos 7 et 8, 1903). — Voici les conclusions que formule, en se basant sur des recherches personnelles, Simonovitsch.

1° A des doses généralement employées

l'adrénaline n'exerce une action générale qu'injectée directement dans le sang.

2° Administrée à des animaux par la bouche à de petites doses (0 gr. 015-0 gr. 03), l'adrénaline n'exerce pas l'action générale qui lui est propre; chez l'homme à la dose cinq fois plus forte que la dose thérapeutique maxima (0 gr. 01) elle ne détermine aucune sensation subjective.

3° L'absence de l'action générale de l'adrénaline administrée par la bouche, s'explique non pas autant par l'action paralysante du foie que par l'absence d'absorption ou tout au moins par une absorption très lente, car les injections d'adrénaline dans les veines intestinales atténuent, mais sans la supprimer, son action à des doses relativement petites.

4° Une altération de la muqueuse gastrique ne rend pas l'absorption de l'adrénaline plus facile.

5° L'application de l'adrénaline sur des muqueuses comme sur la muqueuse gastrique (pour arrêter, par exemple, les hémorragies stomacales) peut être faite sans risquer de provoquer une action toxique générale.

6° La dose maxima pour l'administration à l'intérieur peut être considérablement augmentée, bien que pour l'action locale ce ne soit pas la quantité d'adrénaline qui joue un rôle, mais bien son administration répétée.

7° La glycosurie adrénalique constitue apparemment une conséquence de l'action toxique de l'adrénaline.

8° Les injections intraveineuses d'adrénaline dans un but d'excitation ne sauraient être admises que comme *ultimum refugium*, étant donné qu'on a observé des cas de mort subite par paralysie du cœur, et pourtant les doses injectées ont été relativement petites.

J. Roubleff.

Tannoforme (*Medicinskoie Obosrenie*, n° 14, 1903). — Sergureff a employé le tannoforme dans la diarrhée chez 25 enfants et 15 adultes.

Après avoir administré de l'huile de ricin, on donnait le tannoforme à des doses suivantes: jusqu'à 3 ans: 0 gr. 15 à 0 gr. 20 c.; après 3 ans: 0 gr. 25 à 0 gr. 4; chez les adultes: 1 gr. à 1 gr. 50, 4 à 5 fois par jour.

Le tannoforme a été administré dans du thé, du lait, du vin ou dans un aliment quelconque.

Dans les gastro-entérites, on ajoutait du bismuth.

Ce traitement détermine la disparition des douleurs de ventre et il arrête la formation des gaz; la diarrhée disparaît au bout de 2 à 3 jours.

Le tannoforme a été administré trois à quatre jours après la guérison et cela sans provoquer le moindre accident.

Le tannoforme a été administré à l'extérieur dans 30 cas de transpiration exagérée chez des enfants et des femmes (sous les seins).

Après avoir nettoyé les régions malades avec une solution d'acide borique à 2 0/0, on y appliquait une pommade au tannoforme.

Tannoforme.....	1 gramme
Lanoline.....	10 —

La sécrétion et la rougeur disparaissaient dès le deuxième ou troisième jour et le tégument cutané reprenait son aspect normal. Dans les cas où il n'y avait pas d'ulcération, des saupoudrements suffisaient.

Dans quatre cas de fissures hémorroïdales très douloureuses, le traitement par la poudre de tannoforme trois ou quatre fois par jour, a donné le résultat le plus rapide, en même temps que beaucoup plus stable que celui donné par d'autres substances antiseptiques, comme le dermatol, l'iodoforme, etc.

Dans la transpiration des pieds, allant jusqu'à l'ulcération, on a obtenu de bons résultats par l'emploi de la poudre suivante:

Tannoforme.....	ãã
Amidon.....	

Les applications doivent être faites une ou deux fois par jour, après lavage préalable des pieds à l'eau de savon. Au bout de 4 ou 5 jours, la mauvaise odeur disparaît, ainsi que les ulcérations, et la peau reprend son aspect normal.

L'auteur ajoute que le tannoforme comme astringent et antiseptique exerce une action très favorable dans les catarrhes aigus et chroniques des enfants et des adultes. Il n'a ni odeur ni saveur et ne provoque — même à la longue — aucun accident.

J. Roubleff.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Hotel-Dieu, service de M. le Dr Le Dentu. — M. le Dr Baudet, chef de clinique chirurgicale, a commencé, le lundi 16 mai, à 5 heures (amphithéâtre Chomel) une série de 10 leçons pratiques de clinique chirurgicale (préparation au 5e examen) et les continuera les lundis et jeudis suivants à la même heure. Le nombre des élèves pour chaque série est limité. Le droit d'inscription pour une série est de 50 francs. S'adresser à M. Baudet, salle Saint-Landry.

Médecine opératoire spéciale. — (MM. Reclus, professeur, et Hartmann, agrégé). — Cours de M. le Dr Paul Alglave, prosecteur, ancien interne de la clinique de Necker. — Opérations sur l'appareil génito-urinaire de l'homme. Ouverture du cours le mercredi 1er juin 1904, à 1 h. 1/2. — I. Rein : Voies d'accès sur le rein (voie postérieure lombaire et voie antérieure transpéritonéale), ouverture des abcès péri-néphrétiques ; néphropexie. — II. Rein : Néphrotomie, néphrostomie, néphrectomie lombaire et transpéritonéale. — III. Uretère : séparation des urines ; résection de l'uretère et uretéroplasties ; uretéro-cysto-néostomie. — IV. Vessie : Cathétérismes ; exploration de l'urètre et de la vessie ; sonde à demeure ; lavages, ponction de la vessie : taille hypogastrique. — V. Lithotritie. — VI. Voie périnéale, prostate : Boutonnière périnéale ; opérations sur la prostate. — VII. Urètre : Urétrotomie interne, procédé de Maisonneuve (béniqués tranchants) ; dilatation des rétrécissements. — VIII. Urètre : Urétrotomie externe ; résection de l'urètre ; urétrostomie périnéale. — IX. Circoncision : Amputation de la verge. — X. Cure radicale de l'hydrocèle vaginale ; castration ; traitement du testicule tuberculeux. — Le cours aura lieu tous les jours. Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations sous la direction du Prosecteur. Le nombre des élèves admis à ce cours est limité. Seront seuls admis, les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Le droit à verser est de 50 francs. S'inscrire au Secrétariat (guichet n° 3), de midi à 3 heures, les mardis, jeudis et samedis.

Leçons pratiques de gynécologie. — M. le Dr Pichevin, chef des travaux gynécologiques, commencera, le mardi 24 mai, à 5 heures, une série de 10 leçons pratiques de gynécologie à la salle Saint-Jean (Hôtel-Dieu) et les continuera les mardis, mercredis et vendredis suivants à la même heure. Le nombre des élèves par série est limité. Le droit d'inscription pour une série est de 50 francs. S'adresser à M. Pichevin, salle Saint-Jean.

Clinique Apostoli Laguerrière. — MM. Laquerrière et Delherm commenceront incessamment une 2e série de 12 conférences pratiques d'électrothérapie.

Programme. — I. II. Electrophysique et appareils. III. Electrophysiologie. IV. V. Gynécologie. VI. VII. Tube digestif. VIII. IX. Maladies nerveuses. X. Dermatoses. XI. Maladies de la nutrition. XII. Applications chirurgicales. Applications diverses (voies urinaires, affections articulaires, etc., etc.). Prix, 50 fr.

On est prié de se faire inscrire immédiatement. Pour tous renseignements, s'adresser à la Clinique, 15, rue Montmartre.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Gilles de la Tourette, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, de M. le Dr Joseph Michon, qui fut ancien préfet du Loiret et du Puy-de-Dôme.

BIBLIOGRAPHIE

Traité élémentaire de clinique thérapeutique, par le Dr Gaston Lyon, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris. Quatrième édition revue et augmentée. 1 fort volume gr. in-8° de 1540 pages. (Masson et Cie, éditeurs). Relié toile, 25 fr.

Le traité élémentaire de clinique thérapeutique adopté avec empressement, dès son apparition, par les étudiants et les praticiens, est devenu classique et, en moins de sept années, quatre éditions françaises ont été publiées, ainsi que plusieurs traductions en langues espagnole, grecque et italienne. — La quatrième édition, augmentée de près de deux cents pages, a subi de nombreux remaniements et comprend un certain nombre de chapitres nouveaux parmi lesquels nous citerons ceux qui sont consacrés aux accidents de la dentition, aux ulcérations des amygdales, aux abcès retro-pharyngiens, à l'œsophagisme, aux œdèmes laryngés, à la syncope, aux phlébites, à la sclérose en plaques, aux tics, aux crampes, aux pseudo-rhumatismes infectieux.

D'autres parties de cet ouvrage ont bénéficié d'une rédaction entièrement nouvelle, notamment les chapitres qui traitent des végétations adénoïdes, de l'aérophagie, des dyspepsies et toxi-infections gastro-intestinales infantiles, de l'appendicite, de la tuberculose pulmonaire, de la grippe, des maladies de croissance. Le formulaire qui termine l'ouvrage a subi les modifications nécessitées par l'adjonction de quelques médicaments nouveaux et d'une utilité incontestable.

Le lecteur trouvera en outre, dans cette quatrième édition, une lisie très complète des stations d'altitudes avec l'indication pour beaucoup d'entre elles, visitées par l'auteur lui-même, de leurs avantages et inconvénients respectifs; et un tableau des principales eaux minérales françaises, avec l'exposé de leurs indications essentielles.

Ce rapide aperçu des principales modifications apportées à ce livre montre que le Dr Gaston Lyon a mis tous ses soins à le tenir au courant de l'évolution incessante de la thérapeutique et qu'il a encore accentué son caractère pratique.

Chirurgie du membre inférieur, par Georges Labey, 1 vol. chez Masson, Paris 1904.

Ce petit livre fait partie de la Collection des précis de technique opératoire que les prosecteurs de la Faculté de Paris ont publiés, il étudie la chirurgie opératoire du membre inférieur (os et articulations, muscles et tendons, vaisseaux, nerfs) dans le même esprit que le manuel si classique de Farabeuf, en ne traitant que les points laissés de côté par Farabeuf, qu'il complète.

On y trouve les observations, arthrotomies, sutures et cerclage de la rotule, tarsectomies, etc., etc.). La richesse des figures, la clarté du texte montrent bien qu'ils ont été l'œuvre d'un véritable élève de Farabeuf : c'est un livre utile aux élèves comme aux chirurgiens.

E. Chevalier.

Les méthodes d'exploration de la perméabilité rénale, par Léon Bernard, 1 vol. de l'Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire Léauté, chez Masson et Gauthier-Villars, Paris.

Le petit livre de Bernard passe en revue successivement l'étude de l'albuminurie, de la quantité de l'urine, de l'analyse chimique, de la densimétrie, celle de la recherche de la toxicité de l'urine, les méthodes cryoscopiques, celles de l'élimination provoquée (phloridzine, bleu de méthylène), celles de la recherche de la perméabilité rénale dans les affections unilatérales des reins. Il fait ensuite l'étude d'ensemble de la valeur clinique des méthodes d'exploration de la perméabilité rénale, et très sagement conclut que ces méthodes n'apportent de notions que sur l'état fonctionnel du rein ; le clinicien ne doit pas en attendre un pronostic et un diagnostic tout faits, mais il doit s'aider de ces méthodes pour arriver à ce pronostic et à ce diagnostic.

Léon Bernard est trop compétent en ces matières (une des méthodes cryoscopiques porte son nom), pour que son livre ne reflète pas toute la valeur personnelle de son auteur. On le lira avec intérêt et profit.

E. Chevalier.

Nlle Imprimerie. E. Lasnier directeur. 35 37 rue St-Lazare. Paris *Le Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL

TRAVAUX ORIGINAUX

RHUMATISME BLENNORRAGIQUE. — PROPHYLAXIE DES MALADIES VÉNÉRIENNES

Clinique de l'hôpital Beaujon

par le Pr Debove.

La malade que je vous présente est atteinte de rhumatisme blennorragique. Le diagnostic de la maladie est si évident que je l'ai fait d'emblée par simple action réflexe en approchant du lit de la malade. Bien entendu, il fut confirmé dans la suite par un examen détaillé.

Cet accident s'observe fréquemment et l'on peut dire que nul âge n'y échappe. On le voit chez le nouveau-né atteint d'ophtalmie purulente : on le voit chez le vieillard, mais il se voit encore plus souvent à l'âge de notre malade parce que la blennorragie est plus fréquente à cet âge pour des raisons qu'il me semble inutile de vous développer.

Si vous ne consultiez que les statistiques hospitalières, vous pourriez croire que le rhumatisme blennorragique est bien plus fréquent chez la femme que chez l'homme car c'est en effet le plus souvent dans les salles de femmes que nous avons occasion de l'observer : cela tient sans doute à ce qu'une foule de jeunes femmes particulièrement prédisposées à la blennorragie viennent facilement chercher refuge à l'hôpital. Mais dans la clientèle vous verrez cet accident avec une fréquence incomparablement plus grande chez l'homme. Ne croyez pas d'ailleurs que la blennorragie et son rhumatisme soient rares dans les classes favorisées et l'on pourrait dire comme Malherbe que :

« ...la garde qui veille aux barrières du Louvre
N'en défend pas nos rois. »

Je ne rechercherai pas avec soin les antécédents de notre malade. Nous ne pensons plus que la blennorragie vient réveiller une diathèse latente : elle serait singulièrement latente dans le cas particulier, car L... n'a jamais été malade et elle est âgée de 21 ans.

Elle met sa maladie sur le compte du froid : mais il est présumable que suivant le vers de Musset :

« Elle aura trop aimé quelqu'indiscret amant. »

Nous disons indiscret par euphémisme car son tort dépasse de beaucoup celui commis par une simple indiscrétion.

C'est du reste pour nous une certitude, car nous apprenons qu'elle a contracté sa blennorragie dans la soirée du 12 janvier 1904. Elle avait trouvé un « beau parti » et pensait à se marier. Mais elle fit un essai déloyal qui ne fut pas heureux dans ses résultats.

A partir de ce moment les pertes blanches commencèrent, sans du reste provoquer de douleurs à la miction (ce qui est très fréquent chez les femmes), puis les pertes augmentèrent, empesant le linge. Il faut remarquer aussi que entre le 12 janvier et le 16 avril, jour de son entrée à l'hôpital, l'anémie augmente. Certes, elle était antérieurement chlorotique, mais l'infection locale a retenti sur son état général et l'a empêché de s'améliorer.

Elle a cependant usé du remède que je préconise contre la chlorose des jeunes filles, vous savez quel est ce remède : je vous l'enseignerai en latin.

Nubat illa et morbus effugiet

Elle a essayé de ce remède sans idée médicale préconçue, mais elle a malheureusement contracté une maladie anémiante, la blennorragie.

Les accidents articulaires débutèrent brusquement le 16 avril. La malade se réveilla avec une douleur assez accentuée au niveau du poignet gauche; dans la journée, les douleurs augmentèrent considérablement et le soir l'articulation était très volumineuse. Deux jours plus tard, elle se décidait à entrer à l'hôpital. A ce moment, son arthrite est caractéristique, le poignet gauche est volumineux, les extrémités inférieures des os de l'avant-bras ne font plus saillie sous la peau : l'arthrite s'étend aux articulations carpiennes, médio-carpiennes, carpo-métacarpiennes et même phalangiennes. La main est gonflée comme dans certaines formes de phlegmasies suppurantes, mais la peau est pâle. Il n'y a point de douleurs spontanées vives, mais le moindre mouvement communiqué, le moindre choc, la moindre exploration arrache des cris à la malade.

Le siège de l'arthrite, sa limitation, l'intensité de la tuméfaction, suffiraient à faire poser le diagnostic. Le rhumatisme que nous étudions n'a pas, en effet, l'humeur vagabonde du rhumatisme franc, et depuis un mois que nous observons notre malade, son mal est resté limité aux mêmes articulations.

Ce rhumatisme et cette anémie sont-ils le résultat de la pénétration dans le sang des toxines gonococciques, ou du gonocoque lui-même, je l'ignore, mais nous savons très bien que dans certains cas le microbe pénètre dans le sang, car s'il peut infecter la muqueuse oculaire par une contagion d'origine externe, il ne peut évidemment envahir les articulations où sa présence a été démontrée que par voie sanguine.

Chez notre malade, l'anémie et l'état de faiblesse décelaient une infection générale, devenue évidente par l'apparition du rhumatisme.

Notons encore que ce rhumatisme provoque peu de réaction fébrile; la malade avait 38° à son entrée, elle est apyrétique aujourd'hui. On a enfin signalé l'absence de sudamina et de sueurs abondantes dans cette forme morbide et ceci a encore pu être remarqué chez notre malade.

Autrefois, on affirmait que l'absence de toute complication cardiaque séparait ce rhumatisme du rhumatisme franc : ceci est inexact et chez notre malade en particulier vous pourrez constater l'existence d'un souffle systolique de la pointe, précédé d'un léger souffle présystolique que je crois devoir attribuer à une endocardite gonococcique; que le gonocoque soit la cause de pareils accidents, cela est démontré par les autopsies où l'on trouve ce microbe dans les néoformations inflammatoires des valvules.

Si vous me demandez quel est l'avenir réservé à cette malade, il faut envisager séparément le pronostic de l'affection génitale et des complications articulaires et cardiaques. L'affection génitale guérira, mais cependant nous ne sommes pas sûrs qu'il ne restera pas quelque inflammation utérine pouvant entraîner la stérilité, ou quelque lésion des trompes pouvant être la cause d'une salpingite.

L'affection articulaire est en voie d'amélioration : elle guérira aussi, mais peut-être subsistera-t-il un léger degré d'ankylose. Je crois aussi à une terminaison favorable de la complication cardiaque, car les endocardites gonococciques qui, soit dit en passant, peuvent être ulcéreuses dans certains cas, heureusement fort rares, donne lieu moins souvent que l'endocardite du rhumatisme franc à des affections valvulaires chroniques.

Le traitement consistera surtout à immobiliser l'articulation malade et à tarir la source de l'infection. Nous avons déjà beaucoup amélioré la leucorrhée de cette malade par des injections fréquemment répétées d'eau boriquée, de liqueur de Van Swieten ou de permanganate, et peut être serait-il utile d'agir plus directement et plus énergiquement sur la muqueuse utérine.

Mais, Messieurs, guérir une maladie est bien, ne pas la contracter serait mieux. Ceci est vrai, dans le cas particulier où la guérison est souvent plus apparente que réelle : on voit en effet la maladie récidiver à longue échéance sans nouvelle contagion. Ces récidives sont donc en réalité des rechutes dans le cours d'une même maladie dont la guérison est seulement apparente.

La question que j'aborde en ce moment est des plus graves, car il y a, vous le savez, trois grands périls qui nous menacent, le péril alcoolique, le péril tuberculeux et le péril vénérien. Et quand je dis vénérien, j'entends parler de la syphilis et de la blennorragie avec toutes leurs complications. Comment nous mettre à l'abri de ce péril?

Le conseil le plus simple est de ne pas s'y exposer et de se rappeler le précepte de la Bible « quiconque s'expose au danger y périra », et il est certain que celui qui ne navigue pas n'est pas exposé au naufrage, et il est bien certain que dans le cas particulier celui qui pratiquera la chasteté évitera le péril vénérien. C'est donc un excellent conseil qui présente même les deux caractères pathognomoniques de tout bon conseil, c'est qu'il est facile à donner et difficile à suivre.

Les saints eux-mêmes n'ont pu pratiquer la chasteté qu'en fuyant le monde et parfois en ayant recours à de sévères pratiques d'hydrothérapie ainsi que le montre le passage suivant emprunté au panégyrique de Saint-Bernard par Bossuet : « Déjà il (Saint-Bernard) a méprisé les caresses les plus dangereuses dans des rencontres que l'honnêteté ne permet pas de dire en cette audience. Déjà la grâce lui a fait chercher un bain et un rafraîchissement salutaire dans les neiges et dans les étangs glacés où son intégrité attaquée s'est fait un rempart contre les molles délices du siècle ».

Ne conseillez à personne d'imiter à ce point de vue le très illustre saint : il ne faudrait pas risquer de contracter une pneumonie pour éviter la blennorragie et fuir le gonocoque pour risquer la contagion du pneumocoque.

D'ailleurs, ce que les théologiens et les moralistes appellent les passions et ce qu'ils ont désigné d'autres fois par des expressions marquant leur mépris pour ce qu'ils considèrent comme un appétit bestial, doit au contraire nous faire admirer la nature qui voulant que les êtres se reproduisent les y a invités par le plaisir et a pris des précautions pour que bien peu puissent se soustraire à cette nécessité.

Autrement dit, c'est inutilement que la plupart des hommes essayeront d'échapper à l'instinct de la reproduction de l'espèce. Jour et nuit l'individu pubère sera rappelé impérieusement à ce que la nature semble considérer comme un devoir. Il est cependant certain que l'amour ne peut être satisfait comme l'appétit : il faudrait pour cela détruire la famille, toute civilisation et retourner à l'état sauvage. Il a fallu chercher à le réglementer et cette réglementation s'appelle le mariage.

Or, dans l'état actuel de nos usages (je ne dis pas de nos lois), un jeune homme ne

peut guère se marier avant trente ans, pour des raisons sociales qu'il serait hors de propos de développer et d'apprécier ici. Or, quel conseil devrez-vous donner à un jeune homme sur la conduite qu'il doit tenir de 18 ans, époque de la puberté jusqu'à 30 ans, époque du mariage? Nous lui conseillerons la chasteté, c'est entendu, mais nous serons écoutés par bien peu et les maladies vénériennes guettent le plus grand nombre.

Elles deviendraient au contraire d'autant plus rares que les usages sociaux rapprocheraient l'âge du mariage de l'âge fixé par la nature pour la puberté.

On fera beaucoup d'objections à cette façon de voir : elles sont plus apparentes que réelles. Je ne veux pas les discuter ici : il n'en est qu'une que je mentionnerai. Il faut, dit-on, qu'un jeune homme ait de l'expérience avant de se marier. Nous savons à quel prix s'acquiert cette expérience : c'est au prix des maladies vénériennes dont on rapporte le germe dans le lit conjugal, pour le plus grand malheur de sa femme et de sa postérité.

Vous voyez, Messieurs, qu'en abordant sur le terrain exclusivement médical cette question si grave de la prophylaxie des maladies vénériennes nous sommes conduits à conseiller à tous la chasteté sans cependant nous faire illusion sur la manière dont ce conseil sera suivi.

PROLÉGOMÈNES DE MÉDECINE INFANTILE (1)

Par le Dr Baumel

Professeur de Clinique des maladies des enfants à la Faculté de Montpellier.

Pathologie et Clinique Infantiles. — La première question qui se pose, en tête d'un Précis des maladies des enfants, est de savoir s'il existe ou non une pathologie et une clinique spéciales à l'enfance.

Cette question a été résolue depuis longtemps déjà, et par nous-mêmes (2), affirmativement.

Il est, en effet, des maladies qui sont spéciales à l'enfant, comme le rachitisme, le croup, l'athrepsie, la syphilis héréditaire; d'autres qui, comme les fièvres éruptives (rougeole, scarlatine), la coqueluche, etc., sont plus fréquentes dans l'enfance qu'à toute autre période de la vie; d'autres enfin qui, quoique observées à tous les âges, comme la pleurésie, la péricardite, la bronchopneumonie, prennent, du fait qu'elles évoluent chez l'enfant, certains caractères qui leur sont propres, offrent certaines particularités qui les distinguent de ce qu'elles sont dans d'autres conditions.

De ces trois catégories de maladies, s'il en est une qui soit plus particulièrement du domaine de la pédiâtrie, c'est incontestablement la première. Mais, considérées toutes les trois à un point de vue général et tout à fait élevé, elles peuvent être regardées, en ce

(1) Nous extrayons ce chapitre du *Précis des maladies des enfants,* qui vient de paraître à la librairie F.-R. de Rudeval. Paris, 1904; un fort vol. in-18, de 600 p.

(2) L. Baumel. Y a-t-il une pathologie et une clinique spéciales à l'enfant? *in Leçons cliniques sur les maladies des enfants.* Paris, Masson, 1893, et *Aperçu général sur la Pédiâtrie* (Leçon d'ouverture, in *Montpellier Médical,* 1889).

qu'elles présentent de particulier ou de spécial dans l'enfance, comme le résultat de ce grand acte, l'évolution, auquel l'organisme infantile est incessamment soumis, auquel Parrot lui-même attribuait les caractères propres de la syphilis héréditaire (1), et que nous avons démontré être la principale raison étiologique, pathogénique ou simplement modificatrice des divers états pathologiques observés chez l'enfant (2).

Le jour où nous connaîtrons davantage encore cette évolution, nous pourrons nous rendre mieux compte de l'influence qu'elle exerce sur les diverses maladies observées dans l'enfance, et inversement.

Avant d'aller plus loin. il nous paraît utile d'exposer quelques notions élémentaires indispensables de physiologie et d'hygiène infantiles. Nous étudierons ensuite l'examen clinique de l'enfant malade. Nous terminerons, enfin, par quelques considérations générales de thérapeutique infantile.

Physiologie. — Les pesées régulières sont très utiles dès le début de l'existence, surtout pendant toute la première année, nous pourrions dire les premières années de la vie, et lorsque l'enfant paraît ne pas prospérer régulièrement.

Pour que les résultats qui sont fournis par ces pesées soient le plus profitables possible et que l'on puisse tout de suite en déduire les conclusions qu'elles comportent, il est bon de connaître la moyenne normale d'augmentation de poids, principalement pour la première année.

Le poids ordinaire de tout enfant né à terme est de 3 kilogrammes environ. Pendant les premiers jours de la vie, le nouveau-né perd de ce poids (expulsion du méconium, des urines, chute du cordon, alimentation faible), puis il augmente de 30 grammes par jour pendant le premier mois de l'existence et seulement de 5 grammes pendant le douzième ou dernier mois de la première année.

Il est facile de retenir ces chiffres. Il est même aisé, avec eux, d'établir une moyenne approximative d'augmentation pour les mois intercalaires.

S'il s'agissait en effet d'un laps de temps de 6 mois, en diminuant de 5 grammes, chaque mois, la moyenne d'augmentation quotidienne, on arriverait ainsi du chiffre primitif 30 au chiffre dernier 5.

Comme il s'agit de 12 mois, au lieu de 6, en diminuant de 5 grammes cette moyenne seulement tous les 2 mois, on arrive aisément à établir, étant donné l'âge d'un nourrisson, quelle doit être son augmentation moyenne et journalière, s'il se trouve dans des conditions normales.

Après la première année, quel que soit l'âge de l'enfant, c'est une progression continue de son poids que l'on doit constater. S'il en est autrement, le médecin doit chercher et arriver à connaître les raisons du fléchissement observé.

Parfois extrinsèques (mauvaise nourrice, alimentation vicieuse, etc.), elles sont assez souvent d'ordre intrinsèque et tiennent le plus communément à un état pathologique du sujet lui-même (dentition, gastro-entérite, tuberculose, etc.).

Cet état pathologique ne peut être efficacement combattu que lorsqu'on est parvenu à en pénétrer les causes premières ou pathogéniques, la nature, le degré, etc.

Le développement de la taille est, sans contredit, moins important que le précédent. Toutefois il peut, à un moment donné, jouer un rôle, et il est bon d'en être prévenu. C'est ainsi que, les deux premières années de la vie étant celles où le développement de

(1) Parrot. — La syphilis héréditaire considérée comme maladie d'évolution, in *Syphilis héréditaire et rachitis*, 1re leçon, 1886.

(2) L. Baumel. — *Loco citato.*

la taille est le plus rapide (Fonssagrives), (1), il n'y a par suite rien d'étonnant à ce que le sevrage aidant, on voie plus particulièrement se produire, à ce moment-là, le rachitisme que certains auteurs appellent, avec juste raison et pour ce motif, maladie du sevrage.

S'il est une partie de l'évolution que le pédiâtre doive connaître, c'est bien celle qui a trait à l'évolution dentaire.

Il est indispensable de savoir que cette évolution s'effectue, pour les 20 premières dents ou dents de lait, de l'âge de 6 mois à celui de 2 ans en moyenne ; c'est-à-dire que l'enfant, en 18 mois, fait 20 dents (une par mois environ). Il est donc facile, étant donné l'âge d'un enfant, de savoir à peu près exactement le nombre de dents qu'il doit avoir et inversement.

Ces 20 dents (8 incisives, 4 canines, 8 petites molaires) paraissent par groupes de deux et dans l'ordre suivant : incisives médianes inférieures ; incisives médianes supérieures ; incisives latérales supérieures d'abord, inférieures ensuite ; premières petites molaires inférieures, puis supérieures ; canines inférieures les premières, bientôt suivies des supérieures ; enfin secondes petites molaires, inférieures d'abord, supérieures après.

De cette évolution se dégage tout naturellement la loi suivante : Les dents évoluent par groupes de deux, les inférieures d'abord, les supérieures ensuite et de dedans en dehors, c'est-à-dire en partant de la ligne médiane des maxillaires.

Cette loi ne souffre que deux exceptions : l'une, de bas en haut, est relative aux incisives latérales supérieures, qui apparaissent avant les inférieures ; l'autre de dedans en dehors, a trait aux canines, qui ne sortent qu'après les premières petites molaires. Elles viennent à ce moment combler le vide laissé entre ces dernières et les incisives latérales.

Pour bien connaître les accidents fort nombreux de la première dentition, il est de nécessité absolue d'avoir toujours présente à l'esprit cette évolution, qu'elle s'effectue en dehors de tout état pathologique coexistant ou au contraire pendant le cours de telle ou telle maladie aiguë ou chronique.

Ce n'est pas seulement l'évolution de la première dentition que tout pédiâtre doit connaître, c'est aussi celle de la deuxième, qui comprend : l'évolution de la dent de 6-7 ans ou première grosse molaire (inférieures d'abord, supérieures ensuite), celle de la dent de 1314 ans ou deuxième grosse molaire (même ordre), enfin le remplacement des 20 premières dents, dites de lait, remplacement qui commence vers l'age de 5 ans pour se continuer jusqu'à 14-15 ans.

La dent de sagesse (que nous avons vu apparaître à 16 ans au plus tôt, à 43 ans au plus tard) confine bien parfois à l'enfance, mais son évolution est plutôt observée pendant l'adolescence ou l'âge adulte.

On voit enfin chez certains vieillards une 3me dentition (Beaunis et Bouchard) (2). Nous n'avons pas à nous en occuper ici (3).

J'ai cité ailleurs le cas exceptionnel d'un jeune pêcheur méditerranéen, qui succomba à la tuberculose pulmonaire à l'âge de 22 ans et qui n'avait jamais eu une seule dent.

(1) Fonssagrives. Leçons d'hygiène infantile. Paris, Delahaye et Lecrosnier, 1882, p. 26.

(2) Beaunis et Bouchard. — Nouveaux éléments d'anatomie descriptive et d'embryologie, 3e édition, J.-B. Baillière et fils, 1880, p. 1033.

(3) Nous avons vu toutefois un homme de 70 ans remplacer une incisive médiane inférieure qu'il venait de perdre.

Cette absence d'arcades dentaires donnait à son visage un aspect bizarre de sénilité précoce, empreint d'un certain air comique qui concordait parfaitement, d'ailleurs, avec son caractère jovial et enjoué.

C'est d'une façon à peu près continue que s'effectue le développement du squelette, des divers appareils et des différents organes, bien que nous soyons obligés de reconnaître que parfois l'accroissement de la taille, par exemple, est si rapide qu'il semble exister de véritables poussées de croissance irrégulières et absolument imprévues.

Tout en tenant compte des irrégularités anormales que nous venons de signaler, il n'en est pas moins vrai que le développement est, pour ainsi dire, continu et de tous les instants, alors même que quelques accroissements semblent se produire avec une certaine brusquerie, bien que quelques fonctions (celle de reproduction par exemple) paraissent ne s'éveiller ou ne s'établir qu'à un moment déterminé.

C'est vers l'âge de 6-7 ans que le cerveau entre dans une voie de développement plus actf, si nous en jugeons par la fréquence, beaucoup plus grande à cet âge, de la méningite, même tuberculeuse. C'est vers cette époque et *a fortiori* avant elle que doit être redouté le surmenage cérébral et en particulier le surmenage scolaire, plus exceptionnel qu'on ne pense à cette période de la vie.

Il n'est pas jusqu'aux vaisseaux et au système circulatoire (cœur compris) qui ne soient soumis à certains troubles de développement.

Nous verrons plus loin l'importance beaucoup trop grande que certains auteurs ont accordée à l'hypertrophie cardiaque dite de croissance. Elle n'est bien souvent que la manifestation d'un état pathologique antérieur du cœur, larvé ou compensé jusque là et que les modifications, apportées dans l'organe par l'effet de la croissance, sont venues simplement mettre en évidence à un moment donné.

Nous avons observé deux fois, chez la jeune fille, l'hématocèle périutérine à l'âge de 10 et 12 ans, bien avant l'apparition de la fonction menstruelle. Cela paraît contradictoire *a priori*.

Et cependant, ce fait n'a rien de bien extraordinaire en soi. Il nous paraît simplement corroborer l'idée que nous formulions précédemment au sujet de la continuité du développement.

Les exemples de ce genre pourraient être multipliés à l'infini, sans grande utilité toutefois. Nous aurons d'ailleurs à les indiquer, chemin faisant, à propos des divers chapitres de pathologie infantile que nous étudierons par la suite et toutes les fois d'ailleurs que la chose nous paraîtra nécessaire.

Hygiène. — Il faut, à l'enfant, un volume d'air respirable relativement plus considérable qu'à l'adulte. On exige, dans les hôpitaux modernes, de 35 à 36 mètres cubes d'air par enfant malade, la surface minima étant de $8^{mq}75$ (Uffelmann) (1).

La température de la chambre ou de la salle doit être de 16° à 18°. Le rez-de-chaussée d'une habitation ne convient guère pour cet usage, en raison de son humidité habituelle ; les mansardes, les chambres sous le toit, pas davantage, en raison du froid intense qu'il y fait l'hiver, de la chaleur excessice qu'on y subit l'été.

Pauvres et riches peuvent, à un moment donné, éviter ces extrêmes, ne serait-ce que momentanément. Que de gastro-entérites estivales on peut empêcher de s'aggraver, et même guérir le plus souvent, par un simple déplacement favorable !

Il est nécessaire que le renouvellement facile et suffisant de l'air soit assuré.

Au point de vue du vêtement, nous ne dirons pas grand chose si ce n'est que les constrictions doivent être évitées avec le plus grand soin, aussi bien celles qui s'exercent sur

le crâne que celles dont l'action porte plus particulièrement sur le cou (cols, cravates), le thorax (ceintures, etc.) ou même sur les membres inférieurs (jarretières).

On évitera ainsi bien des déformations céphaliques ou thoraciques, bien des congestions cérébrales, bien des crampes des jambes que l'on constate fréquemment le soir ou la nuit des jours de congé.

C'est quand l'enfant va déjà en classe et lorsqu'il s'est dépensé à courir plus qu'à l'ordinaire, les jours de vacances, qu'on les observe le plus souvent.

Elles peuvent être rapportées sans doute à la fatigue musculaire et à la production plus considérable, dans ces cas, d'acide lactique à l'intérieur des muscles, mais il ne faut pas négliger un certain degré de varices internes, état fugace et transitoire à cet âge, lié souvent à la constriction du membre par des jarretières trop serrées, ce qui gêne fortement sa circulation veineuse ou en retour.

Rien n'est plus déplorable, selon nous, que l'habitude donnée à certains enfants encore jeunes de rester, l'hiver, les mollets nus. Bien des angines, aiguës ou chroniques, se développent aisément sous cette influence.

Il en est ainsi de la flanelle, que pas mal de mères font mettre à leurs enfants sur la chemise, ce qui est ridicule. Ou la flanelle est utile, ou elle ne l'est point. Si elle l'est, c'est sur la peau qu'elle doit être appliquée directement et non sur la chemise où elle ne remplit aucune des indications auxquelles elle répond d'ordinaire (maintien à la peau d'une chaleur uniforme, absorption de toute humidité produite à sa surface).

L'important, quand on la met, est d'en changer aussi souvent qu'elle est mouillée et qu'elle pourrait, dans ces conditions, devenir cause de refroidissement, ce que l'on cherche précisément à éviter.

C'est, sans contredit, l'alimentation qui doit être, de la part du pédiâtre, l'objet d'une attention de tous les instants. et cela, depuis la naissance jusqu'au seuil de l'adolescence.

Aussitôt qu'un enfant vient de naître, se pose la question d'alimentation, plus importante alors que jamais.

L'allaitement exclusif est de rigueur en l'espèce. Il est dit naturel quand il est pratiqué par la mère ou par une nourrice; artificiel, quand l'enfant est élevé uniquement au lait animal; mixte, quand il est partie naturel, partie artificiel. L'allaitement naturel est de beaucoup préférable aux deux autres. Le mixte, supérieur à l'artificiel.

Quelle que soit la forme de l'allaitement, les tétées ou les prises de lait doivent être régulières autant que possible, c'est-à-dire se faire à des intervalles à peu près égaux, la quantité de lait absorbé étant approximativement la même chaque fois.

Pour un enfant normal c'est, dans l'allaitement naturel, le sein toutes les deux heures pendant les deux ou trois premiers mois; ensuite, une tétée toutes les trois heures, à l'état de veille seulement, c'est-à-dire que, sauf des cas tout à fait exceptionnels, on ne doit point éveiller un enfant qui dort pour lui donner le sein ou la fiole.

Dans les premiers jours de la vie, les enfants font facilement de la nuit le jour et inversement, parce que, éblouis par la lumière solaire, ils ferment les paupières et dorment ainsi plus facilement que la nuit, où leurs yeux grandement ouverts, supportent beaucoup mieux la lumière artificielle, habituellement moins intense.

Bientôt toutefois ils s'habituent à veiller le jour, à dormir la nuit. De là les tétées moins fréquentes pendant celle-ci que durant celui-là.

(1) Jules Uffelmann. Traité pratique d'hygiène de l'enfance. Traduct. du Dr G. Biehler. Paris, Steinheil, 1889, p. 768.

Le maximum étant (vu ce qui precède) de 12 tétées en 24 heures, on doit en comprendre bientôt en moyenne 6 pour le jour, 4 pour la nuit, inversement à ce qui se passait précédemment pour les raisons sus-indiquées.

Mais aussitôt qu'on le peut, c'est-à-dire au bout de deux ou trois mois. on doit arriver à 8 tétées environ par 24 heures (6 le jour, 2 la nuit). Tont enfant qui dort doit être considéré comme ayant tété à son heure, ce qui a donné naissance au judicieux proverbe : *Qui dort dine.*

Jusqu'à six mois, les choses doivent aller ainsi, après quoi, on remplace une tétée par une prise de lait. Nous verrons plus loin quelle doit en être la quantité. Puis, chaque trois ou quatre semaines, on remplacera une autre tétée par une nouvelle prise de lait. On pratique ainsi, en huit mois, la suppression de toutes les tétées, c'est-à-dire ce que nous appelons le sevrage progressif, de beaucoup préférable au sevrage brusque, auquel on a recours trop souvent et qui est bien préjudiciable, sinon à la mère, du moins à l'enfant. Nous y reviendrons ultérieurement.

La tétée doit durer, d'ordinaire, de 10 à 15 minutes ; l'âge du lait correspondre, aussi exactement que possible, à celui du nourrisson.

C'est encore le lait qui doit faire la base de l'alimentation de l'enfant pendant les trois ou quatre premières années de l'existence.

Quant à l'allaitement artificiel, il est, de l'avis de tous les pédiâtres, beaucoup plus difficile et bien plus dangereux.

Quand l'enfant est élevé à l'allaitement naturel, il suffit de se rappeler que tout nourrisson normal, lâchant le sein après une tétée, doit être considéré comme ayant pris plutôt trop de lait que pas assez.

La question est bien plus compliquée avec l'allaitement artificiel.

D'abord, le biberon doit être le plus simple possible. Le plus simple, est, en effet, le meilleur. Une fiole, graduée ou non, et une tétine suffisent amplement.

Le lait de vache étant le plus répandu, c'est de lui que nous allons parler tout d'abord. Il doit être stérilisé et le plus tôt possible après la traite. Nous verrons plus bas comment et pourquoi.

Sa température doit être celle du corps (37 à 38°). Pendant les premiers mois, il doit être coupé avec de l'eau bouillie (lait maternisé) et dans les proportions suivantes :

1er et 2e mois : moitié lait, moitié eau bouillie.

3e et 4e mois : 2 parties de lait, 1 partie d'eau bouillie.

5e et 6e mois : 3 parties de lait, 1 partie d'eau bouillie.

Après cette époque, il peut être donné pur. S'il n'était point toléré, on l'additionnerait encore de 1/4 d'eau bouillie jusqu'au moment où il serait supporté seul.

Quant à la quantité de lait à administrer, il faut, pour l'établir, se rappeler que la capacité gastrique n'est, à la naissance, que de 40 cc. Elle s'accroît, par la suite, progressivement.

Pour ne pas surcharger inutilement la mémoire de chiffres, évaluons à 100 grammes (en moyenne et par jour) l'augmentation mensuelle nécessaire de lait. C'est-à-dire que, la dose quotidienne du premier mois étant de 100 grammes, par exemple, celle du 12e sera de 1.200. Celle des mois intercalaires en découle tout naturellement (5e mois, 500 gr. ; 7e 700, etc.).

Une seule rectification doit être faite à ces chiffres, c'est que la dose des premiers mois est faible, tandis que celle des derniers est forte. En prenant la moyenne de

10 tétées au lieu de 8 par 24 heures, uniquement pour faciliter le calcul, la tétée devra être, le premier mois de 10 grammes, le 12e de 120, ce qui est plus que suffisant.

Il n'y aura qu'à ajouter à la dose respective et journalière de lait des 6 premiers mois la quantité d'eau bouillie nécessaire et ci-dessus indiquée : la moitié pour le premier et le deuxième, c'est-à-dire 100 et 200 grammes; le tiers pour le troisième et le quatrième, c'est-à-dire 100 et 130 grammes ; le quart pour le cinquième et le sixième, c'est-à-dire 130 et 150, ce qui porte le volume de liquide ingéré par jour à 200 et 400, 400 et 530, 625 et 750 grammes, dont le dixième est 20 et 40, 40 et 53, 62 et 75 grammes, comme moyenne de tétée pour chacun de ces mois.

L'erreur signalée plus haut (excès pour les derniers mois de l'année, défaut pour les premiers) se corrige en partie, en ce sens que le nombre des tétées est d'abord de 12, puis de 8. Cette eau bouillie doit être sucrée à 10 0/0 (Marfan). Quant aux chiffres indiqués, ils constituent des moyennes ou points de repère. Ces chiffres, suivant les sujets, peuvent osciller du simple au double (1) d'après certains auteurs. Nous croyons, avec Variot, à une moyenne beaucoup plus fixe.

A ce point de vue, les bouteilles graduées, toujours utile dans l'allaitement artificiel, le sont surtout au commencement de celui-ci.

La fiole doit être lavée à l'eau chaude et bouillie chaque fois avant de s'en servir; la tétine plongée, entre deux tétées successives, dans de l'eau boriquée saturée.

Le lait sera stérilisé, c'est-à-dire porté, au bain-marie, à la température de 70 degrés à l'aide d'un appareil stérilisateur quelconque (Soxhlet, Budin, etc.), pendant 40 minutes et dans des bouteilles (de 20, 40, 50, 80 ou 100 grammes suivant l'âge du nourrisson) hermétiquement fermées jusqu'au moment où elles sont utilisées. En grand, le lait se stérilise à la chauffe jusqu'à 110 ou 120° et à la vapeur d'eau sous pression, ce qui empêche l'ébullition (2).

La stérilisation du lait est indispensable en raison des fermentations si faciles à produire dans ce liquide, surtout l'été, à la faveur des nombreux ferments ou microorganismes qu'il contient, que l'air y apporte, ou qu'y introduisent les divers récipients, plus ou moins propres, qui l'ont contenu.

Tout flacon entamé ne doit plus être repris, en raison des fermententations secondaires qui peuvent se produire dans du lait même stérilisé, mais qui n'est pas resté à l'abri du contact de l'air jusqu'au moment de son utilisation.

L'ébullition, en coagulant les substances albuminoïdes qui sont contenues dans le lait ou en détruisant les ferments lactolytiques qu'il renferme, en rend la digestion beaucoup plus difficile, l'utilité plus contestable, l'infériorité plus grande. C'est là, toutefois, un moyen de stérilisation très pratique et très simple, en attendant le jour où du lait stérilisé pourra être mis à la disposition de tous.

Nous avons dit plus haut que la stérilisation du lait devait avoir lieu le plus tôt possible après la traite, parce que, si elle arrive trop tard, elle détruit sans doute les microbes saprophytes et pathogènes qu'il contient, elle empêche aussi les fermentations ultérieures, mais elle ne détruit pas les toxines résultant des fermentations déjà produites. Or, ces toxines suffisent à elles seules à rendre toxique le lait qui les renferme.

(1) Voir le tableau de M. Marfan : in *Traité de l'allaitement et de l'alimentation des enfants du premier âge*. Paris, Stheinheil, 1899, page 353, où, pour le 1er mois, par exemple, il indique, comme quantité de lait corrigé pour un repas, 45 à 90 grammes.

(2) Le Gendre et A. Broca, *Traité de thérapeutique infantile médico-chirurgicale*. Stheinheil, Paris, 1894, page 33.

Malgré toutes les précautions ci-dessus, relatives à l'allaitement artificiel, ce dernier ne vaudra jamais l'allaitement naturel, ainsi que le prouve la courbe.

Aussitôt que l'enfant est soumis à l'alimentation commune, il ne doit pas faire plus de quatre repas par jour :

1° Petit déjeuner le matin a 8 heures, au lever : lait ou chocolat cuit, avec ou sans pain ;

2° Déjeuner à midi : soupe ou potage ; œuf, ou purée, ou viande (blanche de préférence et toujours coupée finement, en raison de la difficulté à obtenir, chez l'enfant — pour des raisons que nous exposons plus loin — une mastication complète des aliments) ;

3° Goûter, à 4 heures : une tasse de lait, d'ordinaire ;

4° Dîner, à 7 heures : soupe ou potage, œuf ou purée.

Tout enfant ayant de l'insomnie, un sommeil agité, des terreurs nocturnes, est généralement un enfant qui échappe à l'observation de ces règles hygiéniques alimentaires de premier ordre.

Le dessert en général ne vaut rien pour les enfants. Il en est de même des gâteaux, bonbons, dont ils sont friands à leur âge. On doit éviter de leur donner : du café, du vinaigre, du poivre, des crudités (du moins celles qui ne sont pas fondantes, radis, salade, etc., etc.), tout ce qui craque sous la dent, enfin la charcuterie et non seulement l'alcool sous toutes ses formes, mais, même à table, le vin pur, qu'on doit teujours leur faire prendre additionné d'au moins une égale quantité d'eau.

Rien ne doit être bu (lait, eau, tisane, etc.), ni mangé, dans l'intervalle des repas.

Examen d'un enfant malade. — L'examen clinique d'un enfant malade ne diffère pas, essentiellement, de celui d'un adulte. Il est toutefois certains détails qui lui sont speciaux et que le pédiâtre doit connaître. Voilà pourquoi nous allons nous y arrêter un instant.

Il est évident que l'inspection, la palpation, la percussion, l'auscultation, ne diffèrent pas beaucoup chez l'enfant, du moins dans leur ensemble, de ce qu'elles sont chez l'adulte.

Il est cependant certains points qui méritent une attention toute particulière.

C'est ainsi que, dans l'adénopathie mésentérique, par exemple, on n'aura la sensation de ganglions hypertrophiés siégeant dans la profondeur du mésentère que lorsque la gastro-entérite aiguë ou chronique qui lui a donné naissance aura disparu ou que du moins se sera atténué le météorisme abdominal plus ou moins intense qui résulte le plus souvent de l'inflammation gastro-intestinale.

C'est ainsi que la percussion thoracique devra être pratiquée avec une certaine modération : d'abord, pour ne pas effrayer le petit malade qui peut s'imaginer qu'on le bat (ce qui lui arrache anssitôt des pleurs et des cris de frayeur) ; ensuite pour ne pas provoquer, vu la minceur des parois thoraciques chez l'enfant, des sonorités exagérées et en particulier le bruit de pot fêlé à la partie supérieure et antérieure du thorax sans qu'il existe dans le poumon la moindre caverne à ce niveau, condition indispensable chez l'aduite pour le produire.

C'est ainsi que dans les gouttières vertébrales et à leur partie supérieure, jusqu'au niveau du hile pulmonaire, on devra chercher, à la percussion et à l'auscultation, l'adénopathie bronchique, beaucoup plus souvent d'origine infectieuse, commune et banale dans le jenne âge (grippe, bronchite simple, broncho-pneumonie, pneumonie, coqueluche, rougeole, etc.) et par conséquent curable, qu'invariablement tuberculeuse, comme le veulent certains auteurs, et par suite frappée d'incurabilité.

Dans les deux premières années on auscultera plus facilement un enfant (face postérieure du thorax) en le faisant placer le ventre appliqué contre l'épaule gauche de sa mère ou de sa nourrice. Pour la face antérieure l'enfant est couché sur le dos et placé soit sur les bras, soit sur les genoux, de la personne qui le tient, soit même sur un lit suivant le cas.

La pointe du cœur, jusqu'à six ans, bat dans le quatrième espace intercostal. Le pouls est beaucoup plus fréquent que chez l'adulte.

Mais s'agit-il d'examiner les yeux, l'oreille externe, la bouche d'un enfant, il est bon tout d'abord d'immobiliser sa tête, ses bras et ses jambes. Après cela, ces divers examens sont chose relativement aisée.

Celui de la cavité buccale est d'autant plus facile que l'enfant est plus jeune. Si l'on a quelque difficulté à faire ouvrir la bouche au petit malade, on lui ferme le nez, que l'on tient faiblement serré entre le pouce et l'index de la main droite (le médecin étant à gauche du patient). Après quoi, avec l'index gauche (la bouche s'ouvrant nécessairement dans ces conditions et à l'état normal) on abaisse le maxillaire inférieur. en appuyant sur un point quelconque et latéral de son bord supérieur si l'enfant n'a pas de dents, en arrière de celles-ci s'il en existe.

Il est bon parfois, en pressant de l'index gauche (à quelques centimètres de sa partie terminale) sur la partie sus-indiquée du maxillaire inféreiur, de prendre un point d'appui, avec l'extrémité digitale, sur le bord du maxillaire supérieur. Dans cette position le doigt peut assez facilement produire l'écartement des mâchoires. Chez un enfant de quatre à cinq ans ou au-dessus, qui résiste, la cuiller ou l'abaisse-langue sont indispensables.

De cette façon il est aisé d'examiner la langue, les gencives, les dents, la cavité buccale tout entière, les lèvres, leurs commissures, et de voir s'il existe des aphtes, du muguet, des manifestations syphilitiques, diphtériques, etc.

L'examen de l'anus, de la vulve ou du vagin, de la verge (principalement de son extrémité libre), du testicule enfin, sont souvent nécessaires chez l'enfant.

Non seulement on rencontre fréquemment chez lui le prolapsus du rectum, résultant de la diarrhée ou de la dysenterie, mais encore la fissure à l'anus consécutive à une constipation opiniâtre, les hémorroïdes même, le plus souvent liées à un vice alimentaire ou à l'abus de l'alcool.

Il suffit, pour ces divers examens, le malade étant couché sur le ventre (examen de l'anus) ou sur le dos (examen de la verge, du testicule, de la vulve), de fixer fortement les membres inférieurs (dans la demi-flexion sur le bassin, quand le petit malade repose sur le dos). Les supérieurs sont maintenus au besoin.

Nous verrons plus loin combien la vulvo-vaginite est fréquente chez la jeune fille, combien sont communes aussi les adhérences épithéliales du gland et du prépuce chez le petit garçon, et cela, dès l'âge le plus tendre chez l'un comme chez l'autre.

(*A suivre*).

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THERAPEUTIQUE

Séance du 8 juin 1904

Présidence de M. Mathieu

M. Trillat lit une note concernant le *chloroforme*. Chaque fois qu'un accident arrive avec cet anesthésique, le chirurgien a une tendance à l'attribuer aux impuretés contenues dans le liquide, et à incriminer le mode de fabrication. Or, le chloroforme s'obtient, soit en chlorurant l'alcool, soit en partant du chloral. On a une tendance à admettre que le second procédé donne un produit plus pur que le premier : il n'y a aucune raison à cette opinion, puisqu'on retrouve les mêmes impuretés avec les deux méthodes, et cela s'explique, car en chlorurant l'alcool, on passe par le chloral et on retombe dans les réactions du second procédé.

Dans les deux cas, on fait en somme la même opération chimique et les impuretés sont les mêmes. Ces impuretés sont divisibles en deux classes : 1° non toxiques, 2° toxiques. Les premières se composent des acétals chlorés, les secondes du chlore et de l'oxychlorure de carbone, corps extrêmement vénéneux, très volatil, bouillant à 8° C. Les acétals chlorés ne bouillant qu'au-dessus de 100°, il est en conséquence facile de purifier un chloroforme suspect en lui faisant subir une distillation.

Le chloroforme chimiquement pur se transforme sous l'action de l'air et de la lumière, et donne naissance aux mêmes impuretés.

L'orateur admet en outre une autre cause d'altération du chloroforme : ce sont les actions catalytiques. On voit en effet que si l'on trempe du papier à filtrer dans du chloroforme pur, des traces de dérivés toxiques s'attachent au papier et l'oxychlorure de carbone se développe dans le liquide.

La nature du verre du flacon joue aussi un rôle : les verres les moins alcalins sont les plus dangereux.

Les bouchons de liège sont en outre à rejeter, car si le chloroforme en contient des débris (ou d'autres corps étrangers tout aussi inertes), il se décompose aussi.

L'orateur admet enfin qu'au cours d'une opération, le contact d'une muqueuse peut modifier le chloroforme et en décomposer de toutes petites quantités, mais, comme on se trouve alors en présence de l'oxychlorure à l'état naissant, il est bien possible qu'il se produise des accidents de ce chef.

M. Patein signale une autre cause de décomposition du chloroforme, fourni à l'état pur. Au moment de l'opération, dans la salle, on voit brûler le plus souvent une ou plusieurs rampes à gaz. L'atmosphère au bout de 2 à 3 heures pendant lesquelles on opère, est saturée de vapeurs de chloroforme qui se décomposent en partie.

L'orateur s'élève contre l'idée enracinée dans l'esprit des chirurgiens, à savoir qu'il existe plusieurs espèces de chloroforme : il n'en est rien. Quelle que soit l'origine d'un chloroforme, il sera chimiquement pur s'il est rectifié. Il est bon de l'additionner de traces d'alcool, et indispensable de l'emmagasiner dans des flacons bien secs, à l'abri de l'air et de la lumière.

On ne doit pas conserver un flacon entamé.

Une série d'enquêtes minutieuses ont démontré que le chloroforme des Hôpitaux de Paris est livré absolument pur aux chirurgiens. A l'avenir, la pharmacie centrale livrera l'anesthésique par flacons de 30 ou 60 gr. au lieu de bouteilles d'un litre, de façon à éviter les manipulations dans les laboratoires de chaque hôpital; dans ces conditions, on ne pourra plus invoquer de négligence ou d'erreur de manipulations.

Enfin, en cas de syncope initiale, il n'est pas possible d'incriminer le mode de fabrication du chloroforme : même s'il était impur, les quantités de gaz toxiques seraient par trop faibles pour pouvoir être la cause de l'accident.

M. Chevalier rappelle que tout dernièrement, en Allemagne, un chirurgien et ses aides furent pris de troubles graves dus à la saturation chloroformique de la salle d'opération où ils se trouvaient depuis 1 ou 2 heures. L'orateur estime que l'action catalytique des muqueuses sur le chloroforme inhalé doit être minime.

Dans le cas du Dr Blum, dont il a beaucoup été question ces jours-ci, il s'agissait d'un malade porteur de fractures du membre inférieur : il est probable que la mort est due dans ce cas à l'embolie graisseuse du poumon, qui n'a sans doute pas été recherchée à l'autopsie.

M. Crinon, à propos d'un article publié par le Dr Ricard, estime que les réactions chimiques sont seules capables de permettre de juger de la valeur d'un chloroforme.

M. Danlos demande comment on peut expliquer les accidents en série, si le chloroforme livré au chirurgien est toujours pur?

M. Laumonier estime qu'il faudrait peut-être incriminer dans ces cas la nature du masque employé. Il en est de très poreux et de très compacts qui doivent causer des accidents.

M. Patein rappelle que dans un hôpital, un litre de chloroforme est divisé en flacons de 30 gr. et distribué ainsi entre les chirurgiens de cet hôpital. Si l'un d'eux a des accidents en série pourquoi les autres n'en auraient-ils pas aussi? Il n'est donc guère admissible que la pureté du liquide livré soit en cause.

M. Trillat fait ressortir que si l'on filtre du chloroforme à travers du noir animal : on voit parfois le charbon se mettre à fumer; les substances poreuses décomposent donc le chloroforme et certains masques peuvent être rendus responsables des accidents.

M. Bardet fait remarquer que les accidents chloroformiques sont initiaux ou tardifs. Les premiers sont dus à l'irritation du nerf laryngé; le chloroforme le plus pur irrite le larynx et provoque des réflexes pouvant aller jusqu'à la syncope mortelle. Les accidents tardifs proviennent de l'acte grave que l'on commet en soumettant un sujet à l'anesthésie : on le met dans un état voisin de la mort, et il faut s'étonner, non pas d'avoir des accidents, mais bien d'en avoir si peu.

Toutes les fois qu'on soumettra un sujet à l'action de corps aussi toxiques que les anesthésiques, on aura des accidents.

Enfin, on ne pourra jamais empêcher que le chloroforme, si volatil, ne s'évapore rapidement dans les poumons et cause ainsi des refroidissements qui peuvent être intenses et provoquent des réflexes graves.

On n'arrivera à des résultats encourageants qu'en perfectionnant le mode de chloroformisation et en se mettant à l'abri de ses dangers, si faire se peut. Les injections préalables de morphine et d'atropine, diminuent l'irritabilité du sujet et les chances de syncope : en administrant d'abord du bromure d'éthyle, et en continuant avec le chloroforme, on obtient aussi une anesthésie moins dramatique. Mais, quels que soient nos efforts, nous ne supprimerons jamais tous les accidents; ils sont inhérents à l'acte physiologique de l'anesthésie lui-même.

M. Barbier est d'accord avec M. Bardet; il ajoute qu'il faut songer aussi à ce fait, que l'opération met en jeu, chez l'opéré, des réflexes vitaux formidables qui se manifestent sans doute même pendant qu'il dort.

Aujourd'hui, on ne pose plus assez de contre-indications à l'emploi du chloroforme : on anesthésie des aortiques, par exemple, ce qu'on n'eût jamais osé autrefois.

La douleur et les réflexes varient beaucoup suivant le sujet et la région à opérer. Tous les chirurgiens redoutent la dilatation du sphincter, dans l'opération de la fissure à l'anus : beaucoup d'entre eux laissent à ce moment le malade se réveiller pour éviter la syncope grave.

M. Toulouse fait jouer à l'émotion le rôle capital dans la syncope initiale : bien plus, on a vu des cas de mort subite, avant même que la compresse fût approchée du nez du malade. Tous les malades, avant qu'on les chloroforme, sont en proie à un état émotif désordonné, leur pression sanguine est extrêmement faible. La facilité avec laquelle les enfants supportent le chloroforme semble tenir à l'absence, chez eux, de troubles émotifs de ce genre. Tous ces faits sont indépendants de la pureté du chloroforme.

M. Catillon rappelle que les accidents en série s'observent quand, dans une même salle, on opère plusieurs malades de suite. L'atmosphère est humide, chargée de vapeurs de chloroforme, et la surveillance des opérés peut se relâcher par suite de la fatigue des aides. Il est donc fort possible que la pureté du chloroforme ne joue aucun rôle dans ces cas.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses

Dr LESAGE

Médecin des Hôpitaux

L'ergot dans la fièvre typhoïde, par T. Livingston (*New-York medical J*, 16 avril 1904). — L'auteur emploie ce médicament en injections sous cutanées et lui attribue une influence favorable sur l'état nerveux, l'insomnie ou le délire qui dépendent surtout de la congestion des centres nerveux. L'ergot calmerait la céphalalgie, les douleurs abdominales et, en général, toutes les douleurs qui dépendent des phénomènes congestifs. Il possède une action sur la tympanite en stimulant la tunique musculaire de l'intestin et en modifiant la congestion qui trouble les fonctions de cet organe. L'emploi de l'ergot est un bon moyen de combattre les hémorragies, de prévénir les sueurs profuses. Du côté du système vasculaire, il réduit la fréquence du pouls et augmente la orce du cœur, en même temps qu'il relève le tonus vasculaire Enfin, il prévient indirectement l'épuisement cardiaque en supprimant les principaux obstacles à son action, qui résident dans les aires de congestion vasculaire.

L. Jumon.

Traitement de la perforation intestinale dans la fièvre typhoïde, par L. Franck (*J. de l'Assoc. médicale américaine*, 2 avril 1904). — L'auteur relate deux cas personnels qui eurent une issue fatale et termine son travail par les conclusions générales suivantes : On peut s'attendre à voir survenir la perforation dans 2, 5 0/0 de tous les cas de fièvre typhoïde. Une intervention chirurgicale prompte est le meilleur traitement et le seul logique. Il faut s'efforcer d'établir le diagnostic le plus rapidement possible, car on pourra ainsi réduire la mortalité à environ 40 0/0. Le diagnostic précoce ne peut être fait que par une surveillance attentive de tous les cas, qui doivent tous être traités comme étant sérieux ; il faudra aussi reconnaître les symptômes qui précèdent la perforation. Le chirurgien doit être prêt à opérer à la première indication fournie par les symptômes.

D'après l'auteur, le sphygmomanomètre peut être d'un important secours pour le diagnostic. Les cas qui succombent par suite du retard de l'intervention sont plus nombreux que ceux qui résultent des erreurs de la technique chirurgicale. Aussi dans les cas douteux, il faut opérer, bien qu'une erreur puisse être faite et qu'on ne trouve aucune perforation. De l'avis de l'auteur, il faut opérer quelque soit l'état du malade à moins qu'il ne soit moribond, enfin il faut opérer le plus rapidement possible.

L. Jumon.

Thyol liquide dans la variole (*Medic. Obosr.* No 17, 1903). — Pendant la grande épidémie de variole dans la région Transbaïcale en 1896, Kolbassenko a employé avec grand succès des badigeonnages des pustules varioleuses avec de la vaseline ichtyolée (1 : 8; 1 : 5).

Avec ces badigeonnages on évitait le prurit des régions malades, la suppuration, enfin il ne restait guère de traces de la maladie. L'ichtyol agirait ici d'après l'auteur simplement par sa couleur noire; en absorbant tous les rayons du spectre il empêcherait le virus de la variole de se développer, ce dernier ayant besoin de lumière pour son développement.

Dernièrement, ayant à soigner des varioleux, l'auteur, n'ayant pas sous la main d'ichthyol, a eu recours au thyol liquide. Ce dernier présente cet avantage que les substances grasses qui adhèrent fortement à la surface des pustules, n'entrent pas dans sa composition. Jusqu'à présent l'auteur n'a eu l'occasion d'employer le thyol que dans un petit nombre de cas, mais il ne doute pas que cette substance n'ait droit à une expérience thérapeutique sérieuse.

J. Roubleff.

Traitement de la malaria par le sirop de calaya (*Medic. Obosr.*, n° 17, 1903). — Le calaya représente un extrait de la racine d'*Anneslea febrifuga*. En Afrique les indigènes emploient depuis longtemps cette plante dans un but thérapeutique. Elle n'est introduite en Europe que depuis peu de temps ; elle s'est montrée particulièrement utile dans la malaria.

Toumilovitsch l'a expérimentée sur un certain nombre de malariques qui jusque-là n'ont pas été traités par la quinine ou peu et chez qui il n'y a eu aucune complication. La fièvre avait le caractère quotidien ou tierce ; dans un cas la malaria était compliquée de jaunisse et d'hémoglobinurie. Chez tous les malades on avait examiné le sang au point de vue des plasmodies.

Le calaya a été administré à la dose de 15 grammes toutes les heures, jusqu'à 8 doses.

Dans la fièvre hémoglobinurique (et quelquefois dans la malaria simple) on a administré le calaya à la dose indiquée plus haut, mais toutes les demi-heures.

Quant aux moments d'administration, on a donné le sirop généralement au début de l'accès ; quelquefois 4 à 5 heures avant l'accès.

L'auteur rapporte 7 observations. Voici les résultats :

L'action antifébrile du médicament est fort douteuse et incertaine. Cependant il faut noter que dans un cas de fièvre, compliquée de jaunisse et d'hémoglobinurie, le traitement par le calaya a donné une guérison rapide.

J. Roubleff.

Chirurgie générale

Dr Benoit

Ancien interne des hôpitaux

Un nouveau procédé d'autoplastie pour rétablir la mobilité de la mâchoire inférieure, par le Dr Vicente Sagarra (*Revista Ibero-Americana de ciencias Médicas*, Madrid, n° 19, 1903). — Les conclusions de cet important travail, dans lequel le Dr Sagarra expose le résultat de ses interventions, sont les suivantes : 1° L'ankylose cicatricielle de la mâchoire dans les cas de tractus conjonctifs étendus à tout le vestibule, est curable par une opération autoplastique, à condition que la section des brides soit suivie de la restauration complète de la muqueuse détruite :

2° Quand la restauration est partielle, la récidive survient peu de temps après ;

3° La section des brides, suivie de la formation de trois lambeaux, un destiné à restaurer la muqueuse de l'angle intermaxillaire, l'autre destiné à restaurer la muqueuse de l'angle interne de la joue et de la commissure, un troisième pour recouvrir les deux autres, constitue, comme le démontrent deux des observations de l'auteur, le procédé le plus efficace et le plus plus sûr pour le traitement de cette forme d'ankylose ;

4° La technique de l'autoplastie que l'auteur propose présente les temps suivants : A) Incision de la joue qu'on divisera sur toute son épaisseur, depuis la commissure jusqu'au masseter et au bord antérieur de l'apophyse coronoïde, suivie de la séparation des maxillaires, et si possible, de l'extirpation des nodules cicatriciels. B) Réparation de la muqueuse correspondant à l'angle intermaxillaire, obtenue par un lambeau postérieur de 6 à 7 centimètres de longueur sur 2 de largeur, en forme de ruban cutané pris dans les régions massétérique et parotidienne : ce lambeau, à base antérieure, est retourné sur son axe et plié en avant pour le fixer par son vertex avec un point de suture au bord antérieur de l'apophyse coronoïde, de telle façon que sa face cutanée regarde en avant, et sa face cruentée recouvre l'angle de l'incision. C) Réparation de la muqueuse de la face interne de la joue et de la commissure avec un lambeau cutané trapézoïdal de 4 à 5 centimètres de hauteur emprunté à la région sous-orbitaire, avec la base dans la partie inférieure et son bord flottant sur la supérieure. Après avoir retourné ce lambeau vers le bas, on le fixe avec des points de suture aux tissus de la face externe du maxillaire inférieur, de façon à ce que la surface cutanée regarde vers la cavité de la bouche. D) Formation d'un troisième lambeau qui doit servir de couverture aux deux premiers, pris à la région supra-tyroïdienne, de forme carrée, mobilisé vers en haut par traction parallèle à son axe et soutenu par trois lignes de suture :

5° Le procédé autoplastique décrit, réclame comme complément nécessaire, la dilatation consécutive, non seulement pendant la période de cicatrisation, mais encore après, pendant quelques mois ;

6° Pour fermer le tunnel formé tout au long de la face cutanée du lambeau postérieur, on peut avoir recours à la cautérisation de son orifice externe ou à l'autoplastie ;

7° Le procédé n'a été appliqué qu'à l'ankylose unilatérale : mais comme il s'adresse à la cause et comme la manœuvre peut se faire des deux côtés, ses indications et son utilité dans l'ankylose double sont indéniables ;

8° Ce procédé offre des avantages évidents

qui le rendent supérieur à la méthode classique de l'ostéotomie. Ses avantages sont la facilité d'exécution, l'innocuité et finalement la possibilité de l'appliquer aux ankyloses bilatérales, considérées jusqu'à ce jour comme incurables.

F. Bérini.

Hernie épigastrique, traitement, par G. Cumston (*New-York med. J.*, 30 avril 1904). — Cette variété de hernie consiste dans une rupture se produisant sur la ligne blanche entre le sternum et l'ombilic. L'auteur en rapporte deux cas dus à des lipomes sous-péritonéaux, deux autres dus à un défaut préexistant dans le tissu fibreux de la ligne blanche, un cas dû au traumatisme et survenant avec des phénomènes aigus, et un cas dû à la grossesse. Dans tous ces groupes, le pronostic est favorable. Les bandages n'ont pas grande valeur. Il vaut mieux pratiquer une opération radicale qui est très simple et qui consiste à faire une incision de la peau au dessus de la tumeur, de manière à mettre à nu le lipome qui est toujours accessible, et lorsque le lipome est disséqué, on cherche le collet du sac. Celui-ci est alors ouvert, et son contenu, s'il y en a, est réduit dans la cavité abdominale. On applique alors une ligature en arrière du collet et on ferme la ligne blanche, suivant la pratique qui est familière au chirurgien.

L. Jumon.

Augmentation de la résistance du péritoine contre l'infection en cas d'opérations intéressant l'estomac et l'intestin (*33e réunion de la Société allemande de chirurgie*, 8 avril 1904). — Le P. Mikulicz de (Breslau) a cherché à diminuer les chances d'infection péritonéale par une autre méthode que la désinfection du tube digestif, qui ne saurait mettre à l'abri d'accidents. Il faut donc chercher à augmenter la force de résistance du péritoine. La sérothérapie n'a pas jusqu'ici donné de grands succès, car les streptocoques et le colibacille, agents d'infection principaux dans ce domaine, présentent des variétés trop nombreuses pour que l'on puisse compter sur une efficacité spécifique du sérum dans tous les cas.

Une seconde méthode offre plus de chances de réussite, c'est l'hyperleucocytose artificielle, activant la phagocytose. Des essais sur des animaux ont démontré que l'injection d'acide nucléinique, par exemple, exaltait la résistance du péritoine à l'infection : 4 animaux de contrôle sur 5 moururent après infection au moyen de colibacilles, au bout de quelques heures, alors que les 10 animaux traités par l'acide nucléinique restèrent tous en vie.

L'orateur a ensuite appliqué sa méthode à 34 malades : avant l'opération, on a chaque fois injecté 50 ccm. d'une solution d'acide nucléinique à 2 0/0 dans le tissu cellulaire sous-cutané de la région thoracique. On n'a jamais observé de réaction sur l'état général, à l'exception d'une très légère hyperthermie (38°C.). Dans tous les cas se manifesta une hyperleucocytose typique, dont le maximum a été constaté 12 heures après l'injection. Au cours des premières heures après l'injection, on constate de l'hypoleucocytose : le phénomène inverse ne se développe que peu à peu.

Aucun des opérés (7 résections de l'estomac, 15 gastro-entérostomoses, etc.), n'est mort dans les premières semaines après l'intervention : les plaies ont guéri plus facilement qu'à l'ordinaire.

En dehors de l'acide nucléinique, l'orateur attire l'attention sur l'action des solutions chlorurées sodiques physiologiques, qui favorisent aussi l'hyperleucocytose : il sera donc toujours bon de faire un grand lavage du champ opératoire avec une solution de ce genre, quand on opère dans la région abdominale.

E. Vogt.

Traitement de la péritonite post-opératoire, par le Dr Egbert Grandin (*Médical Record*, 23 avril 1904). — Le traitement est avant tout prophylactique et consiste à observer les points suivants : asepsie absolue de la pièce d'opération, éviter pendant l'opération les antiseptiques, tels que le bichlorure de mercure, manipuler le moins possible l'intestin et l'épiploon, protéger les surfaces avec la gaze stérilisée. Si l'on suppose la présence du pus avant l'opération, on administre auparavant 0 gr. 60 de calomel avec 1 gr. 20 de bicarbonate de soude, sauf dans les cas où l'estomac est irritable. La péritonite déclarée se présente sous trois types : le type parétique ou pseudo-péritonitique, l'inflammatoire et le septique. Il n'est pas rare qu'après une opération abdominale, l'abdomen se tympanise, le malade vomisse, le pouls, et la température s'élève et que le chirurgien prescrive sans résultat un certain nombre de médicaments. Pour combattre ce type qui dépend du spasme ou de la parésie intestinale, l'auteur conseille les injections sous-cutanées soit d'atropine, soit de bromhydrate d'hyoscine.

Dans le type inflammatoire la température et le pouls commencent à s'élever trois ou quatre jours après l'opération. Des vomissements surviennent, il peut y avoir ou non une constipation rebelle. Il faut distinguer ici la

péritonite localisée ou généralisée. Dans tous les cas, il faut assurer le repos de l'intestin, placer une vessie de glace sur le ventre, faire un lavage de l'estomac et pratiquer l'alimentation rectale. Barker préconise la codéine qui ne paralyse pas les mouvements péristaltiques de l'estomac. On doit surveiller attentivement le cas et s'il se forme du pus localement ou dans le bassin on doit lui donner issue suivant les règles chirurgicales.

La péritonite septique est caractérisée par la fréquence du pouls et l'abaissement de la température. L'abdomen peut être ou non tympanisé, il y a de l'intolérance gastrique, de la parésie intestinale et les reins fonctionnent mal. On se trouve en présence d'une toxémie profonde, contre laquelle on peut lutter par un traitement tonique, l'alcool et la strychnine pour soutenir l'action du cœur, la digitale si les reins sont insuffisants. L'entéroclyse et l'hypodermoclyse peuvent agir pour diluer les toxines et favoriser l'action des reins. L'injection de formaline, l'emploi de l'iode n'ont pas donné de meilleurs résultats que le traitement tonique. Comme traitement local on a obtenu de bons résultats de l'ouverture cul-de-sac postérieur et du tamponnement avec de la gaze iodoformée ou stérilisée.

L. Jumon.

Alimentation sous-cutanée des sujets ayant subi des opérations intra-abdominale (*33e réunion de la Soc. all. de chirurgie*, 8 avril 1904). — Friedrich, pour éviter l'inanition chez des opérés qu'on ne peut alimenter ni par la bouche ni par le rectum, recommande la voie sous-cutanée. On peut injecter 80 à 100 grammes d'huile d'olives par jour, sans aucun inconvénient, mais il faut en outre administrer des albuminoïdes, et l'orateur se sert dans ce but de peptone absolument pure de tout mélange d'albumoses. L'orateur a pu nourrir par cette méthode des opérés pendant une quinzaine. En dehors de l'injection d'huile, l'orateur recommande une solution contenant, pour 100 ccm., 0,20 grammes de chlorure de sodium, 3,5 gr. de sucre de raisin et 6,7 grammes de peptone.

E. Vogt.

Traitement de la pulpite gangréneuse par l'eau régale (*Sobrem. Therapia* n° 6, 1903). — Aronstamm a employé dans un certain nombre de cas de pulpite gangréneuse le traitement par l'eau régale, recommandé il y a deux ans par Hays.

L'eau régale venant en contact avec les résidus de tissus décomposés, dégage du chlore et ce chlore à l'état naissant produit une désinfection excessivement intense : il désinfecte les canaux de la racine et blanchit la dentine, de sorte qu'on aperçoit très nettement les orifices des canaux sous forme de points blancs. Grâce à l'eau régale les canaux se dilatent suffisamment dès le premier jour, tandis que pour obtenir cette dilatation à l'aide d'acide sulfurique, il faut recourir à des administrations répétées, d'où l'on peut conclure que la dentine souffre moins avec l'eau régale qu'avec l'acide sulfurique. Pour neutraliser l'eau régale Bœnnecken emploie le peroxyde de sodium après quoi il lave les canaux avec une solution antiseptique quelconque. Aronstamm, lui, emploie dans le même but une solution relativement forte de peroxyde de manganèse, après quoi il tamponne le canal. Bœnnecken se sert pour cela d'une pâte dont voici la composition :

Cocaïne..... } ââ 1 gr.
Thymol..... }

Mélanger exactement.

Solution aqueuse de formol à 40 0/0..... X gouttes.
Oxyde de zinc..... 2 gr. 60.

Aronstamm a modifié la composition de cette pâte de la façon suivante :

Orthoforme..... 1 gramme.
Thymol..... 2 —

Mélanger exactement.

Solution aqueuse de formol à 70 0/0..... XXV gouttes.
Oxyde de zinc..... 3 gr.

On peut du reste supprimer l'orthoforme, aussi bien que la cocaïne dans la composition de cette pâte, étant donné qu'on obtient l'action désinfectante par le formol et le thymol.

L'eau régale est employée dans la pulpite gangréneuse de la façon suivante :

Après avoir enlevé très soigneusement la pulpe, on introduit l'eau régale dans le canal à l'aide de la plus mince aiguille de Donaldson — en ayant pris au préalable, cela va sans dire, toutes les précautions nécessaires. Lorsque les canaux sont larges, on peut entourer l'aiguille d'une très mince couche d'ouate dans la pulpite des dents du maxillaire inférieur ; l'introduction de l'eau régale est évidemment plus facile.

Dans la neutralisation de l'eau régale on se sert de l'aiguille de Miller ; on la trempe d'abord dans l'eau, puis on prend avec elle un peu de soude caustique et on l'introduit dans le canal. Après avoir nettoyé les canaux avec une solution antiseptique quelconque, on remplit le canal d'une des pâtes indiquées plus haut et l'on plombe. Si l'on n'est pas certain de

la désinfection complète du canal, on peut désinfecter encore une fois avec de l'eau régale avant le plombage définitif. Les résultats obtenus par l'auteur avec le traitement que nous venons d'indiquer sont tout à fait satisfaisants. Grâce à cette méthode il a pu guérir des cas chroniques de pulpite gangréneuse; et — chose très importante — la mauvaise odeur a disparu immédiatement.

Quant aux aux complications déterminées par l'emploi de l'eau régale (périodontite, etc.), elles ne sont pas plus nombreuses que celles qui se produisent avec l'emploi de l'acide sulfurique.

J. Roublef.

Troubles trophiques et circulatoires de la peau résultant d'injections de paraffine, par le Dr Dionis du Séjour (*Gazette des hôpitaux*, 13 avril 1904). — Une jeune femme, pour remédier à son état de maigreur, se fait faire dans les seins des injections de paraffine. Une première injection fut douloureuse, mais les accidents se dissipèrent : nouvelles injections pratiquée ensuite sans incident ; au bout de quinze jours, l'opérée ressent à droite une douleur intermittente, la peau devient violacée par endroits. Cette coloration intense s'étendit à tout le sein qui n'était ni chaud, ni dur, ni douloureux, mais il existait des foyers ramollis, presque fluctuants. Pas de phénomènes du côté de l'aisselle. Des applications de pansements humides au bicarbonate de soude n'ayant amené aucune modification au bout de 8 jours, l'auteur incise les deux points les plus fluctuants, il s'en écoule un liquide, semblable à de la vaseline liquéfiée et un peu de sérosité ne contenant pas de globules graisseux en suspension. A aucun moment il n'y a eu d'écoulement purulent et la sérosité ne contenait ni pus ni leucocytes. Les troubles de la peau persistèrent malgré la guérison. L'auteur attribue ces troubles à la pénétration dans les vaisseaux de particules de la masse injectée, et pense qu'on ne doit employer les injections paraffinées en raison des inconvénients auxquels elles peuvent donner lieu que dans les cas exclusivement chirurgicaux.

L. Jumon.

La sérothérapie anticancéreuse, par le Dr J. Carles (*Journal de médecine de Bordeaux*, 1er et 8 mai 1904). — Depuis quelques années, on a vu surgir de nombreux sérums anticancérenx ; dans un travail sur ce sujet, l'auteur montre la valeur de ces sérums, qui se divisent en deux classes. Dans la première se rangent tous les sérums obtenus à l'aide de substances toxiques recueillies directement des masses néoplasiques; dans la deuxième classe se placent tous les sérums préparés après isolement et culture préalables d'agents divers, considérés comme causes immédiates du cancer. C'est la toxine recueillie dans des vases de cultures et non plus celle produite naturellement au sein des néoplasmes qui est inoculée aux animaux et constitue la base de la sérothérapie anticancéreuse. Aux sérums de la première catégorie appartiennent le sérum de Richet et Héricourt, le produit de trituration de Leyden et Blumenthal, le sérum de Bayle, la cancroïne d'Adamkiewicz. Le sérum de Bra, tiré du champignon parasite du cancer des arbres, le sérum de Wlaeff, celui de Doyen appartiennent à la seconde catégorie.

La conclusion de M. Carles est que, si les tentatives de sérothérapie anticancéreuse se sont mutipliées jusqu'à ce jour, il ne semble pas qu'aucun des sérums mis en œuvre puissent être considérés comme le remède spécifique du cancer. Tous, dit-il, paraissent agir en relevant le pouvoir de défense d'un organisme débilité, et si l'efficacité de chacun d'entre eux est plus ou moins grande, le fond de leur mode d'action reste le même. Ils semblent agir tous à la façon des vulgaires injections de sérum emprunté à des animaux sains. Les tumeurs cancéreuses bénéficieraient des divers sérums antinéoplasiques au même titre que la pneumonie du sérum antidipthérique ou la dipthérie du sérum antistreptococcique. »

Tout sérum, en effet, possède, outre une action spécifique, une influence puissante sur le relèvement de l'état général, influence indépendante de toute question de spécificité. C'est peut-être là la raison des résultats encourageants donnés par des sérums de nature très dissemblable. Cependant, à titre de médication adjuvante, la sérothérapie antinéoplasique n'est peut-être pas un moyen thérapeutique à négliger.

L. Jumon.

Aspirine et carcinome (*Deutsche med. Wochenchrift*, 2 juin 1904). — Ruhemann est un patisan de l'administration d'aspirine en cas de cancer inopérable : il rappelle les résultats de Goth, qui prescrivit à 48 malades ce médicament, à la dose de 1 gramme le soir, pendant longtemps. Chez 38 malades, sans qu'il fût nécessaire de forcer la dose, on obtint pendant longtemps la cessation nocturne des douleurs. Dans un cas, la morphine était restée sans effet.

Ruhemann a expérimenté la méthode dans 5 cas : dans un cas, l'effet médicamenteux put être maintenu pendant 9 mois (cancer du sein

et du rachis, douleurs très violentes) ; on donna parfois en outre 0,50 gr. d'aspirine dans la journée, toujours avec succès. Dans un autre cas (cancer de l'estomac) les doses de 0,50 gr. (maximum par jour : 4), firent disparaître les nausées et permirent une alimentation légère.

E. Vogt.

Lymphosarcome en cuirasse de la poitrine et du cou : traitement par les rayons X : guérison (*Journal de physiothérapie*, 15 mai 1904) Bizard et Albert Weil donnent une observation détaillée d'un homme de 58 ans, atteint depuis plusieurs années d'une affection sarcomateuse continuellement progressive, entièrement guéri après 2 mois de traitement par les rayons X. Le malade a présenté pendant le traitement des phénomènes légers de toxémie (pâleur, frissons, étourdissements, etc.).

L'ampérage n'a jamais dépassé 4 ampères, les séances n'ont été que de 3 minutes. Il semble nettement que pour les néoplasmes étendus, tels que celui observé par les auteurs, la supériorité des séances courtes et répétées est manifeste. On peut ainsi véritablement imprégner les téguments des radiations curatives et éviter l'intoxication trop considérable.

E. Vogt.

Des injections d'oxygène dans le traitement des suppurations, par M. Demmler (*Revue moderne de médecine et de chirurgie*, 1903, n° 5).— L'eau oxygénée, très employée aujourd'hui dans le traitement des processus suppuratifs, ne répond pas à tous les besoins. Si l'on a pu, comme M. Dubujadoux (de Blidah), arrêter dans sa marche un phlegmon diffus de la cuisse, compliqué d'état typhoïde, par une quinzaine d'injections sous-cutanées périphériques d'eau oxygénée, on ne saurait obtenir un aussi bon résultat lorsque la virulence est trop développée et les tissus déjà détruits. L'eau oxygénée est moins diffusible que le gaz lui-même et, d'autre part, son pouvoir antiseptique est moins grand. Nous rappellerons donc de nouveau les recherches entreprises par M. Thiriar (de Bruxelles) que cet article remémore et fait connaître. Il s'agit surtout ici des *furoncles* et des *anthrax* : « A la tubulure du régulateur d'une petite bonbonne d'oxygène comprimé, on fixe un tube en caoutchouc terminé par une aiguille de Pravaz ou un tube en verre, selon que l'on doit employer le gaz en injections sous-cutanées ou en insufflations dans les cavités infectées. La seule préoccupation c'est de régler le débit de l'oxygène. On s'en rend compte en plongeant l'aiguille ou le tube dans de l'eau aseptique, et en ouvrant peu à peu le régulateur ; le bouillonnement du gaz dans l'eau fait facilement apprécier la quantité et la rapidité de l'écoulement. Ceci fait, après avoir aseptisé la région, on pratique des injections dans la tumeur et à sa périphérie. Pour un furoncle, une seule injection bien faite à sa base et dans le bourbillon suffit. Pour un anthrax volumineux, il faut 4 à 5 injections qui le circonscrivent ». On y joint l'injection à ciel ouvert de tous les foyers qui peuvent exister à la suite d'un processus gangréneux. On circonscrit ainsi le mal par une *atmosphère d'oxygène* sans craindre de dépasser la limite de la zone envahie.

Les douleurs cèdent très rapidement, une fois calmée la cuisson que cause parfois l'introduction du gaz dans les tissus enflammés. Les œdèmes s'affaissent, la suppuration se tarit peu à peu. Le traitement est d'autant plus efficace qu'il est appliqué plus tôt.

La *gangrène gazeuse*, à marche foudroyante relève bien de ce traitement énergique ; la fistule maligne, l'érysipèle, les panaris, etc., sont jugulés par l'effet de l'oxygène. On peut même traiter ainsi la péritonite purulente ainsi que le témoigne un cas de M. Thiriar. Un courant d'oxygène fut établi par l'orifice d'un drain, dans un cas d'épiplocèle étranglée avec suppuration péritonéale. La guérison fut obtenue. Le gaz est donc bien toleré par les tissus enflammés, y compris le péritoine. La méthode est sans danger et d'une application facile.

Il me paraît intéressant de faire observer que ces travaux, dont la communication à l'Académie royale de Bruxelles date du 15 novembre 1901, n'ont suscité, malgré leur intérêt, aucune recherche de contrôle de la part des praticiens français. En ce qui concerne la péritonite, les occasions ne font pourtant pas défaut dans la pratique journalière.

A. Benoit.

Pansements à l'alcool (*Therap. Monatshefte*, mai 1904). — Kaiser, pour éviter les manipulations nombreuses qu'exige le pansement à l'alcool, se sert de bandes imprégnées d'alcool à 94 0/0 : cet alcool est fixé par un savon neutre et ne s'évapore que fort lentement. (L'auteur ne donne pas de détails sur le procédé de préparation de ces bandes, qui sont enfermées dans des boîtes métalliques, à ouvrir au moment de l'emploi).

93 cas d'affections diverses (furoncles, panaris, brûlures, goutte, rhumatismes, etc.), ont été traités par l'emploi de ces bandes. Les

résultats les plus remarquables ont été obtenus dans la mastite, avec ou sans abcès.

On procède de la façon suivante : après le nettoyage de la peau à la benzine et à l'alcool, on applique la bande en superposant 3 à 4 couches : par-dessus, une mince couche d'ouate et du taffetas gommé. Une bande de tarlatane fixe le pansement.

L'auteur n'a jamais observé de troubles accessoires avec son procédé.

E. Voet.

Chloroformisation de l'homme, par A. Waller (*Lancet*, 28 nov. 1903). — Les recherches de laboratoire, sources de cet article, ont porté sur les animaux servant aux études de physiologie, et répondent en particulier à la campagne antivivisectionniste, ardente en Angleterre. L'auteur a construit avec une valve de Chauveau un appareil qui mesure les quantités d'air et de chloroforme inspirées et expirées. Il est ainsi arrivé à produire et à prolonger sans danger l'anesthésie chloroformique. Il a eu plusieurs occasions d'appliquer sa méthode. La proportion de chloroforme doit être entre 1 et 2 0/0 des gaz inspirés, étant données la température et la pression du mélange. Le procédé empirique qui verse sur une compresse réalise ces conditions, si celle-ci est tenue à une certaine distance du sujet. On comprend l'importance qu'il y avait à posséder une méthode sûre et un appareil mélangeur et doseur de confiance.

A. Darier.

Maladies des Voies digestives

Dr Soupault

Médecin des hôpitaux

Traitement du vertige stomacal, par A. Robin (*Bull. gén. de thérapeutique*), 22 mai 1904. — Chaque matin, prendre une tasse de macération de quassia. On marchera pendant un quart d'heure après l'absorption de ce médicament pour ne prendre le déjeuner qu'une demi-heure plus tard. Celui-ci se composera d'un œuf à la coque, d'un tout petit morceau de pain grillé et de fruits cuits. Ne pas boire à ce premier repas.

2° On boira à volonté aux autres repas, mais de l'eau pure ou une eau de minéralisation indifférente ou bicarbonatée sodique faible : Alet, Pougues ou Soultzmatt.

Dans l'alimentation, il faudra éviter le beurre cuit, les graisses, les sauces, ragoûts, poissons gras, charcuterie, conserves, pâtisseries, sucreries, salades, fruits crus, acides; pour se nourrir exclusivement de bouillon frais, du pot-au-feu, de potages maigres, de viandes et volailles rôties, grillées ou bouillies bien cuites, lentement mâchées, sans sauce, de tous les légumes et de toutes les pâtes, tout cela cuit à l'eau et additionné à table d'un peu de beurre frais, d'œufs à la coque, de poissons bouillis sans sauce, de fruits cuits, de crèmes renversées, de pots de crème, de puddings au riz et à la semoule, d'œufs à la neige.

3° Immédiatement après le repas, on prendra une petite tasse d'infusion très chaude de tilleul, de camomille ou de menthe.

4° Cinq minutes avant le déjeuner et le dîner, absorber dans un peu d'eau IV à VI gouttes de teinture de noix vomique ou III à V gouttes de teinture de fèves de Saint-Ignace.

4° Après déjeuner, dîner et en se couchant, avaler le contenu d'un des paquets suivants, délayé dans un peu d'eau :

Magnésie calcinée.....	àà 4 gr.
Bicarbonate de soude.....	
Craie préparée.....	àà 6 gr.
Lactose.....	

Mêlez exactement et divisez en douze paquets.

Continuer pendant quatre à huit jours suivant la persistance plus ou moins grande du vertige, cesser pendant un temps égal, puis reprendre.

Le café et le tabac peuvent provoquer la réapparition du vertige quand il a disparu par le fait du traitement. La constipation doit être énergiquement combattue, par l'association de drastiques à petites doses :

Aloès du Cap.....	0 gr. 08
Gomme gutte.....	0 » 03
Turbith végétal.....	0 » 02
Extrait de belladone....	àà 0 » 005
— de jusquiame...	
— de réglisse.....	0 » 10

Pour une pilule. En prendre une ou deux en se couchant.

Si le traitement ne réussit pas, il faut remplacer les paquets précédemment formulés par ceux-ci :

Magnésie calcinée.....	0 gr. 30
Craie préparée.....	àà 0 » 20
Bicarbonate de soude..	
Poudre de noix vomique	0 » 03
Poudre de racines de belladone..	0 » 02

Mêlez exactement, pour un paquet, qu'on prendra dans un peu d'eau, immédiatement après le repas et en se couchant.

En cas d'insuccès :

Serpentaire de Virginie...	4 gr.
Camphre pulvérisé..... } Asa fœtida..... }	ãã 0 » 50
Extrait thébaïque.....	0 » 05
Rob de sureau.....	Q. S.

Pour 24 bols, dont on donnera 3 à 4, 3 à 5, ou 3 à 6 dans les 24 heures, au moment où l'accès vertigineux se produit.

Aux individus très nerveux, on donnera à titre palliatif, au début de la crise vertigineuse une cuillerée à soupe de la potion suivante :

Bromure de potassium.....	6 gr.
Eau de laurier-cerise.....	10 »
Sirop d'éther.....	30 »
Hydrolat de valériane.....	120 »

Pour une potion.

E. Vogt.

Electrolyse dans les rétrécissemnts de l'œsophage (*Medic. Obosr.*, n° 18, 1903). — Dans trois cas de rétrécissement cicatriciel de l'œsophage à la suite de brûlures, l'auteur a employé avec succès l'électrolyse.

L'électrolyse était circulaire avec des courants de 5-6 milliampères ; la durée de la séance a été de 2 à 4 minutes.

Généralement en très peu de temps, au bout de 3 à 4 séances, on arrivait à un élargissement suffisant de l'œsophage qui permettait au malade d'avaler toutes sortes d'aliments. Dans ce traitement encore on a observé des récidives de l'affection, mais ces récidives ont cédé rapidement à quelques séances d'électrolyse.

Ces récidives survenaient généralement assez tard (au bout de 3 mois par exemple). Ce que l'auteur explique par une dilatation plus large de l'œsophage et une destruction plus large de la cicatrice.

De sorte que l'électrolyse dans les rétrécissements de l'œsophage donne des résultats meilleurs que toutes les autres méthodes aussi bien par la rapidité que par la stabilité des résultats. Le traitement est peu douloureux et n'est pas dangereux.

J. Roubleff.

De la cholédocotomie et du drainage du canal hépatique, dans la lithiase biliaire (*Soc. de chir.*, 17 mai 1904). — M. Lejars apporte trois observations de drainage du cholédoque et du canal hépatique, l'opération ayant été effectuée dans des cas similaires. Une seule de ses opérées, dont les reins ne fonctionnèrent pas, est morte d'urémie. Les autres ont fort bien guéri. Il s'agit toujours d'obstruction chronique avec ictère, décoloration des matières, douleurs, etc... Il vide la vésicule biliaire de ses calculs, repousse de haut en bas, ou on extrait par incision directe ceux que l'on peut sentir engagés dans le canal hépatique, de même de bas en haut dans le canal cholédoque. Ces calculs sont souvent multiples. Ensuite, en engageant un drain aussi haut que possible dans le canal hépatique, il remédie à l'obstruction des voies biliaires, avec la chance de voir sortir par le drain des concrétions bilieuses souvent abondantes. Dans les cas où on recherche un écoulement de bile, il faut adjoindre un tube de caoutchouc au drain, de manière à amener en dehors du pansement la sécrétion de la glande.

M. Quenu fait ressortir que le fait le plus important qui résulte des derniers essais en chirurgie biliaire est bien la *suppression de la suture du canal cholédoque*. Peu importe que l'on draine ou non directement le canal hépatique. Peut-être même doit-on craindre dans quelques cas de rétrécir par la présence d'un drain le calibre du canal déjà contracté. Les résultats opératoires sont satisfaisants dans la cholédocotomie simple, avec ou sans résection de la vésicule.

A. Benoit.

Ascite avec augmentation de volume du foie, d'origine probablement syphilitique, traitement, par Wm. Ewart (*The Polyclinic*, juin 1904). — Il s'agit d'un homme de 31 ans présentant un volume considérable du foie et de l'ascite, mais pas de lésion cardiaque. L'urine est notablement albumineuse et abondante. Comme le malade a eu des accidents syphilitiques, il se peut que la maladie générale ne soit pas étrangère à la production des lésions du foie et du rein. Le traitement a consisté en repos au lit, purgation, administration d'iodure et de mercure, alimentation substantielle et boissons en quantités modérées. L'état du malade s'est rapidement amélioré, l'ascite a rapidement diminué, ainsi que le volume du foie et l'albuminurie.

On n'a pas pratiqué de paracentèse. En effet, la ponction n'a pas paru urgente pour trois raisons : l'existence de la syphilis, le relèvement de l'état général et l'état des reins. Dans ce dernier cas, il ne s'agissait pas d'une néphrite véritable, mais d'une dégénérescence passagère combattue par l'état général.

L'auteur pose la question de savoir quand doit-on ponctionner et quand ne doit-on pas le faire ? La réponse dépend de l'état des reins et du cœur. Si les reins ne fonctionnent pas et si on ne peut compter sur leur action, il ne faut pas attendre. Mais si, comme dans le cas cité, le cœur est valide et si les reins fonctionnent bien, on peut s'attendre à ce que le liquide se

résorbe. Il vaut mieux dans ce cas soumettre la malade à un traitement médical et à un régime convenable, que de l'exposer à des complications chirurgicales.

L. Jumon.

Appareil pulmonaire
Cœur et Vaisseaux

Dr G. Lyon

Ex-chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Traitement de la toux, par Fred. Smith (*The Brit. med. J.*, 28 mai 1904). — C'est une banalité de dire que pour guérir la toux il faut en supprimer la cause; cependant il n'est pas toujours facile de découvrir l'origine de la toux. On devra alors tenir compte de la toux suivie d'expectoration et de la toux inutile, la toux sèche devant être supprimée et la toux avec expectoration devant être favorisée.

Certaines causes peuvent être supprimées, tels sont l'usage de fumer, la parole, la fatigue, la présence de bouchons de cerumen, les papillomes des cordes vocales, l'hypertrophie des amygdales, les végétations adénoïdes. D'autres causes ne peuvent être supprimées ou évitées, elles demandent pourtant qu'on s'en occupe. Sans avoir la prétention d'être complet, l'auteur donne quelques indications sur le traitement. On emploiera les applications topiques, partout où elles peuvent être utiles, l'acide lactique, par exemple, dans les ulcérations tuberculeuses du larynx. Dans le cas d'hypertrophie de la luette et de congestion du pharynx, l'auteur préconise les pastilles Krameria de la Pharmacopée anglaise associées à la cocaïne. Si les troubles ne sont pas localisés dans la bouche, les gargarismes sont pratiquement inutiles. Pour atteindre le pharynx, on peut employer un badigeonnage d'une solution d'acide phénique à 1 : 60, ces badigeonnages sont très utiles dans les inflammations aiguës ou subaiguës du pharynx postérieur.

Lorsque le malade fait usage de pulvérisations, il doit ouvrir largement la bouche. L'auteur recommande à cet effet un mélange composé de teinture de benjoin et de vin d'ipéca dans une solution à 5 0/0 de cocaïne, par parties égales. La toux rebelle se supprime, quelles que soient les causes d'irritation locale qui la produisent.

Chez les phtisiques, il faudra éviter les changements subits de température de l'air respiré. Dans la phtisie, œuvre tout utile, l'auteur regarde comme très efficace une potion composée d'iodure de potassium 0 gr. 50, sirop de tolu 10 gr. et eau distillée 60 gr.

Dans la bronchite chronique et subaiguë, les malades devront absolument éviter de fumer, de parler trop longtemps, mais ils ne doivent pas supprimer le tub matinal, car il n'y a pas de meilleur moyen pour amener l'expectoration des sécrétions qui se sont accumulées pendant la nuit. Cependant, on devra s'en abstenir chez les malades qui n'y sont pas accoutumés ou qui ont de la faiblesse cardiaque. L'iodure de potassium est utile chez ces malades pour provoquer l'expectoration. Chez les enfants, il faut plutôt recourir à la belladone.

L. Jumon.

Traitement de la dilatation bronchique, par Barty King (*The Edinburgh med. J.* juin 1904). — L'auteur décrit plusieurs méthodes : les bains de vapeur créosotée, les injections sous-cutanées de guaiacol, les injections intra-trachéales de guaïacol et les injections intra-veineuses de formaline. Les bains de vapeur créosotée sont administrés tous les jours pendant vingt minutes à une heure. Ils ont pour effet de diminuer la toux pendant très longtemps et même de la supprimer. Au début, l'expectoration est habituellement accrue, puis il y a une diminution constante dans les cas favorables.

Dans la plupart des cas la fétidité diminue ou disparaît. Dans la grande majorité des cas, la température s'abaisse immédiatement, elle devient plus régulière, moins rémittente. En général il y a parallélisme entre les effets sur l'expectoration et la température, mais non toujours, la température diminuant parfois tandis que la quantité d'expectoration augmente. On peut noter aussi un type inverse de la température.

L'état général du malade est le plus souvent très amélioré. La bronchectasie s'accompagne souvent d'un état mélancolique sur lequel les bains ne paraissent pas avoir d'influence. En dehors de ses qualités désinfectantes, la créosote est un excellent stimulant de l'expectoration, mais il ne faut cependant multiplier les bains créosotés qu'au début de leur application.

Les injections sous-cutanées de guaiacol ont une influence très marquée sur la toux et l'expectoration. Celle-ci est d'abord augmentée, puis elle diminue. La température s'abaisse et devient régulière, surtout si l'on emploie en même temps les bains créosotés. Cependant dans les cas graves de bronchectasie, les injections ne donnent quelquefois aucun résultat satisfaisant. L'auteur fait remarquer que si l'on fait ces in-

jections avec des précautions d'asepsie suffisantes, on évite toute formation d'abcès.

Les injections intra-trachéales sont fortement préconisées par Grainger Stewart, Colin Campbell et d'autres. Les effets de ces injections sont surtout de diminuer l'expectoration, la température restant la même. La fétidité diminue considérablement et l'état général du malade est très amélioré. La dose injectée est de 4 grammes environ, comprenant 8 parties de menthol, 2 parties de guaiacol et 88 parties d'huile d'olive. Ces injections sont faites une ou deux fois par jour.

La méthode des injections intra-veineuses de formaline a été introduite à Brompton Hospital par Maguire pour la tuberculose pulmonaire. La solution est à 1 p. de formaline pour 2.000 p. de solution saline normale. On injecte habituellement 50 cc. tous les deux jours, puis tous les jours. On peut porter la dose à 65 cc. L'auteur n'a employé ces injections que dans un cas, encore les a-t-il associées au bain de vapeur créosotés. L'expectoration a augmenté, puis a diminué. L'odeur extrêmement fétide de l'expectoration a disparu entièrement pendant deux semaines. La température a été plus régulière et le malade a gagné dix livres en cinq mois. Cependant les signes physiques ont persisté. En résumé les meilleurs résultats ont été donnés dans la bronchectasie par les bains créosotés et les injections de guaiacol à petites doses. L. Jumon.

Traitement de l'asthme, par G. Carrière (Le *Nord médical*, 15 mai 1904). — *Traitement habituel entre les accès*. — Vie en plein air, éviter les altitudes, les vents et en général l'humidité, les refroidissements, les courses prolongées, le surchauffage des appartements. Porter des gilets de flanelle. Exercices physiques modérés, gymnastique sans appareils, usage méthodique de sandows. Massages généraux des muscles du thorax. Hydrothérapie tiède, douche à 37°. Plus rarement douches froides 3 à 5 secondes terminées par une douche chaude sur les pieds. Frictions alcooliques et sèches au gant de crin.

Sobriété, repas du soir lacto-végétarien, éviter gibiers, charcuterie, conserves, fromages faits, crudités, tomates, oseille, asperges. Supprimer tabac, alcool, vins généreux, peu de café.

Médication iodurée :

Décoction de 3 gr. de racine de polygala	100 gr.
Eau distillée	140 —
Eau-de-vie	60 —
Teinture de Lobélie	10 à 40 —
Iodure de potassium	1 à 10 —

Deux cuillerées à soupe par jour, aux repas.

Iodure de sodium si craintes du côté des reins. Pas d'iodure s'il y a menace de tuberculose. Lavements iodurés chez les dyspeptiques.

Arséniate de soude cinq milligrammes chez l'adulte. Pilules de un centigr. d'extrait et de poudre de belladone. Dix jours par mois la belladone à dose progressive, le 20 derniers jours une cuiller à soupe de la solution aux repas :

Décoction de 3 gr. de racine de polygala	100 gr.
Eau distillée	110 —
Teinture de Lobélie	10 à 40 —
Eau-de-vie	50 —
Arséniate de soude	4 à 10 mil.
Iodure de potassium	1 à 10 gr.
Bromure de potassium	0 50 à 10 —

Electrothérapie, faradisation du corps thyroïde. Tous les huit jours une pilule d'aloes. Eaux minérales : Mont-Dore, Carlsbad, Marienbad, 1 verre à jeun de Vichy-Hauterive pendant 15 jours par mois.

Traitement pendant l'accès. — Ouvrir les fenêtres en évitant les refroidissements, sinapismes aux membres inférieurs. Faire couler par les narines la pommade : cocaïne 0,05, menthol 0,01, vaseline 10. Inhalations de pyridine, cigarette de jusquiame et belladone, brûler les poudres belladonnées. Inhalations de vapeur d'eau chargée d'acide phénique.

Ether à l'intérieur ou injection de morphine, surveiller le cœur et donner la caféine à la moindre alerte.

S'il y a bronchite, donner de l'eau de Labassère pendant un mois, puis des pilules de terpine et codéine. Cauterets, Eaux-Bonnes, Allevard, Enghien.

S'il y a emphysème, aérothérapie, bains d'air comprimé ou raréfié.

Traiter, s'il y a lieu, les causes capables de créer les troubles asthmatiques : lésions du larynx, dyspepsie, entérite muco-membraneuse, parasites intestinaux, affections de l'amygdale, inhalations de poussières, d'odeur, asthmes utérins, phimosis, impaludisme, saturnisme, auto-intoxications intestinales.

L. Jumon.

Régime lacté ou cure déchlorurée comme mode de traitement des pleurésies à épanchement (*Gazette des hôpitaux*, 3 mai 1904). — Chauffard et Boidin ont reconnu que l'épreuve chlorurique donne des résultats forts différents, si on la fait à la période d'état ou à la période de résorption de l'épanchement : à cette dernière période, le chlorure de sodium ingéré semble immédiatement s'éliminer par la voie urinaire.

Au contraire, à la période d'état, l'ingestion chez un malade, de 10 gr. de chlorure de sodium en deux jours provoque une augmentation de poids de 2 kilos, un accroissement notable de l'épanchement, et un état d'agitation permettant de supposer qu'il s'est fait un peu d'œdème cérébral. Chez une femme, l'injection d'une dose double a produit des accidents de stase veineuse, même de phlébite ; cet état s'est prolongé pendant 3 semaines. La jambe atteinte présentait une certaine prédisposition à la stase veineuse.

Ces faits paraissaient demander une conclusion thérapeutique : il faut instituer chez les pleurétiques un régime de déchloruration intensive. Les auteurs ont en conséquence prescrit 50 à 100 gr. de viande crue par jour, du riz, des pommes de terre, du pain déchloruré, du beurre, et une décoction de seconde écorce de sureau additionnée de lactose. Ce régime n'a cependant pas été bien supporté ; le régime lacté au contraire provoqua une évolution beaucoup plus favorable de la pleurésie. Ce dernier régime est tout indiqué, car il produit la diurèse libératrice et la crise chlorurique qui accompagne la guérison naturelle de la maladie.

E. Vogt.

Traitement des sueurs nocturnes des phtisiques par L. Weil (*Medecine Corresp. Blatt*, 21 mai 1904).—En théorie on a souvent dit qu'on ne pouvait rien contre les sueurs nocturnes de phtisique parce qu'elles constituaient un mécanisme de régulation de l'organisme, en pratique il n'en est pas de même. Ici les méthodes physiques sont bien supérieures à toutes les préparations médicamenteuses. Le meilleur moyen, d'après l'auteur, consiste dans les frictions avec l'alcool formique officinal. Il ne faut pas frictionner trop fort, mais plutôt lotionner. Le procédé est absolument inoffensif, la peau rougit légèrement. Après 6 ou 7 lotions les malades ont souvent des semaines de tranquilité.

La formaline est également une bonne préparation. On la porte sur la peau avec un pinceau et chaque fois on badigeonne le quart de la surface du corps. Pour protéger le malade contre l'odeur et lui éviter une toux pénible on lui couvre le visage. Un seul badigeonnage tous les trois ou quatre jours suffit souvent pendant longtemps. D'autres auteurs ont recommandé de faire le poudrage avec le tannoforme. On prépare une poudre composée d'une partie de tannoforme et de deux parties de talc et l'on étend cette poudre avec la main sur la poitrine, le cou, le dos ; les sueurs cessent alors même sur les régions qui n'ont pas été poudrées. Matin et soir on fait un lavage avec de l'eau-de-vie. Doin emploie un savon à la formaline qui est un peu moins actif. On frictionne tout le tronc pendant une minute, on fait mousser avec un linge humide et on sèche avec soin. Parmi les médicaments l'auteur recommande l'agaric iodique à dose de 0,10 centigr., le soir.

L. Jumon.

Soins à donner aux tuberculeux du 3e degré (*Deutsche med. Wochenschrift*, 2 juin 1904). — Elkan recommande les dispensaires et policliniques d'après le modèle français (*sic*), car il estime que si l'Allemagne a beaucoup fait pour les tuberculeux au début, il est grand temps de s'attaquer aussi au problème de la tuberculose arrivée à la période ultime : les malades de cette catégorie sont beaucoup plus dangereux pour leur entourage que les autres, et on ne les reçoit pas dans les sanatoria.

E. Vogt.

Les boues de liman dans les affections des organes circulatoires (*Sobrem. Therapia* (nos 7 et 8 1903). — En se basant sur une série d'observations, Sevinne dit que les boues de liman, loin de provoquer comme on l'a affirmé jusqu'à présent une aggravation dans les affections chroniques du cœur et des vaisseaux, déterminent au contraire une amélioration plus ou moins considérable.

Dans les affections valvulaires bien compensées, ainsi que dans les cas où les troubles de compensation sont très peu prononcés, la limanothérapie peut être employée non seulement sans aucun danger pour les malades, mais encore avec grande utilité.

Il ne faut cependant pas oublier qu'un tel résultat n'est possible que lorsque l'application de la méthode est strictement individualisée à chaque cas particulier.

J. Roubleff.

Maladies vénériennes

Maladies de la Peau

Dr MOREL-LAVALLÉE

Médecin des Hôpitaux.

Traitement de la syphilis. Divers procédés employés contre la manifestation initiale, par le Dr Basilio-Mancayo (*Revista Valenciana de Ciencias Medicas*, novembre 1903). — Dès que le chancre infectant apparait, on doit le traiter avec énergie pour détruire les agents morbides

qui le produisent. On peut employer les caustiques, l'acide phénique en nature ou en solution forte.

L'excision ou ablation de l'ulcère infectant est un des procédés très recommandés par quelques auteurs. Le Dr Mencayo a traité par l'excision du chancre deux malades qui ont guéri complètement. La diversité d'opinions que comporte ce procédé dépend, d'après l'auteur, des faits suivants, dont on a tenu plus ou moins compte.

1° La lésion syphilitique initiale doit constituer un foyer parfaitement isolable.

2° Elle doit être entourée d'une zone marginale de tissus sains.

3° La lésion doit être de petite dimension, pour produire la plus petite mutilation possible.

4° On ne doit pas tenter l'ablation dans des points où l'intervention chirurgicale deviendrait difficile (gland clitoris, sillon balano-préputial).

5° L'excision sera faite quand l'examen démontrera l'absence de tout retentissement ganglionnaire.

Quand la lésion initiale ne présentera pas de limites bien marquées ou bien quand elle sera située en des points où l'ablation est difficile, on pourra avoir recours à un nouveau procédé : les injections abortives de nitrate d'argent. Voici la technique : on introduit l'aiguille d'une seringue de Pravaz chargée de la solution à 1/2 ou 1 0/0 dans le centre de la région sclérosée ; et on répète l'injection jusqu'à ce que toute la zone affectée, soit ischemiée. On fait ensuite quelques injections tout autour du foyer avec le même sel d'argent. Il est bon d'ajouter une autre injection sur le mont de Vénus, tout près du ganglion pubien.

L'auteur recommande que le malade suive une hygiène rigoureuse, et soit surveillé par le médecin traitant pour constater qu'il n'y a pas d'induration de la plaie : il rappellera au malade que, quelque soit le traitement local employé de la lésion initiale, on doit suivre un traitement général.

F. Bérini.

Traitement de la syphilis par les injections de salicylate de mercure (*Journal de médecine militaire russe*, n° 7, 1903). — Ougloff préconise dans le traitement de la syphilis des injections de salicylate de mercure qui ne sont pas douloureuses.

Le salicylate de mercure se résorbe si rapidement que généralement le lendemain de l'injection toute trace a disparu.

L'alimentation des malades ne souffre aucunement du traitement. L'auteur s'est toujours servi d'une solution aqueuse. Après avoir pratiqué plus de 5,000 injections, l'auteur n'a jamais constaté d'abcès.

Presque tous les malades ont augmenté de poids.

J. Roubleff.

Xéroforme dans le chancre mou (*Medicinskoie Obosr.*, n° 13, 1903). — Dans 30 cas de chancre mou chez l'homme et la femme, Blanche de la Roche a employé des applications au xéroforme en nature après nettoyage antiseptique de l'ulcère.

Le résultat obtenu a été très satisfaisant ; la cicatrisation s'est faite en moyenne : chez l'homme au bout de 10 à 12 jours, chez la femme au bout de 16 à 18 jours. Sous l'influence de ce traitement, l'ulcération se déterge rapidement, la sécrétion purulente disparaît, les granulations prennent un aspect sain ; la mauvaise odeur disparaît et les ulcérations cessent d'être douloureuses.

L'auteur n'a jamais observé aucune de ces complications qu'on constate si souvent dans le traitement par l'iodoforme, ni phénomènes inflammatoires, ni éruptions.

Chez les malades de complexion faible et mal nourris, la cicatrisation des ulcérations se faisait un peu plus tard que chez les individus vigoureux.

J. Roubleff.

Traitement de l'Intertrigo par Neter et Rœder (*Monatshr. f. Frauen-und Kinderkr*, 28 avril 1904). — L'intertrigo est une affection très fréquente chez les enfants, conduisant facilement à l'eczéma humide par le manque de soins. Souvent des enfants atteints d'une affection gastro-intestinale restent trop longtemps dans leurs langes souillés. Cependant on peut observer l'intertrigo chez des nourrissons apparemment très bien soignés. Mais alors on les baigne trop souvent, on emploie des savons irritants, on les enveloppe avec des étoffes imperméables. L'affection atteint encore les enfants qui ont de l'embonpoint, et elle a alors pour cause la stase des sécrétions sébacées qu'on néglige d'enlever. Certains enfants présentent une disposition à l'intertrigo.

La prophylaxie a une grande importance. Il ne faut pas faire de trop fréquents lavages et on doit apporter certaines précautions en essuyant l'enfant. Les savons employés doivent être neutres et l'on doit éviter absolument tout tissu imperméable. Comme poudre il faut préférer de beaucoup les poudres minérales aux

végétales qui s'agglomèrent par la sueur et peuvent être nuisibles par leur décomposition. On emploiera ainsi le talc de Venise avec ou sans addition de 10 0/0 d'oxyde de zinc. Chez les enfants pourvus d'embonpoint, il faut toujours effacer les plis avant de mettre la poudre. On évitera toute lésion cutanée chez les enfants atteints d'affection gastro-intestinale. Si l'intertrigo est léger un simple poudrage suffira.

En principe, dans le traitement de l'intertrigo, il ne faut pas mouiller les régions malades. L'enfant n'a pas besoin d'être baigné. Les sécrétions et les malpropretés cutanées seront enlevées avec un morceau de toile imbibée d'huile d'olive ou d'huile d'amandes douces. Après le nettoyage on poudre largement en ayant soin d'effacer les plis cutanés. Si les plis sont profonds on maintiendra la poudre avec une mince couche de gaze ou de coton. Si l'intertrigo persiste, on pourra recourir à l'emploi de pâte de zinc ou de pommade à l'ichthyol, toutes deux excellentes contre les formes sèches et humides. Il faut éviter dans les pâtes l'addition de l'acide salicylique à cause de ses propriétés keratolytiques.

Neumann, à sa policlinique, fait préparer ces pâtes par les mères, de la façon suivante : on répand dans une soucoupe plusieurs cuillerées à thé d'oxyde de zinc finement pulvérisé et on remue en ajoutant de l'huile ordinaire ou de l'huile d'amandes douces de manière à faire une pâte épaisse et égale qu'on applique alors sur la peau à l'aide du talon de la cuiller de manière que la peau disparaisse sous la couche. On saupoudre ensuite fortement avec de l'amidon de manière que la surface se sèche. Lorsque la couche de pâte tombe on la remplace par une autre jusqu'à guérison, en ayant soin toujours de ne pas laver avec de l'eau.

La pommade à l'ichthyol donne également de bons résultats.

Ichthyol.....	10 grammes.
Vaseline.....	ãã 100 —
Lanoline.....	

Après avoir étendu la pommade on applique la poudre d'oxyde de zinc et d'amidon.

Si l'intertrigo se généralise à une grande étendue de la peau, on donne un bain de son tous les jours. Enfin les affections gastro-intestinale, le rachitisme, la cystite, etc., réclament un traitement énergique.

L. Jumon.

L'acide salicylique, par Pautrier (*Rev. prat. des mal. cutanées*, 1er mai 1904). — Les indications de l'emploi de l'acide salicylique sont une action destructrice, une exfoliation de la couche cornée et une action adjuvante permettant à un médicament associé d'exercer en profondeur ses effets thérapeutiques.

On sait par exemple qu'un des modes de traitement des cors et des verrues, consiste en des applications de collodion salicylé à 5 0/0. Dans le stade initial de traitement du psoriasis, où il s'agit de décaper les plaques psoriasiques de manière à mettre le corps muqueux à nu, on pourra alterner avec des applications de vaseline et des bains alcalins, l'application d'une pommade à 2 ou 3 p. 30 d'acide salicylique. Dans le pityriasis rubra pilaire, la kératolyse est en général faite au moyen de bains alcalins et d'applications salicylées. Dans le lupus érythémateux, il sera bon de faire tomber l'enduit squameux par des applications de pommade salicylée répétée pendant 2 ou 3 jours.

De même encore, dans les hyperkératoses palmaires, le traitement local pourra être représenté par des applications d'emplâtre salicylé.

Dans un autre groupe de faits, cette action kératolytique n'a pour but que de permettre l'action en profondeur de médicaments associés. Par exemple dans certaines formes d'acnés pustuleuses, sur des peaux épaisses, résistantes, séborrhéiques, on pourra associer l'acide salicylique au soufre, au naphtol, à la résorcine.

Dans le pityriasis du cuir chevelu, il sera souvent bon de continuer l'emploi de l'acide salicylique durant tout le cours du traitement, pour empêcher les squames de se reformer, et pour permettre une action plus énergique de l'acide pyrogallique ou de l'huile de cade. On pourra par exemple prescrire :

Acide pyrogallique.....	2	grammes
Acide salicylique.....	3	—
Résorcine.....	3	—
Huile de cade.....	6	—
Vaseline.....	30	—
Axonge.....	40	—

Certains dermatologistes emploient l'acide salicylique dans le traitement du chancre mou, lorsque l'épidermisation est trop lente à se produire, et se servent alors d'emplâtre salicylé-créosoté, en applications momentanées.

Enfin, dans le traitement du prurigo, Hebra recommande l'acide salicylique, comme succédané de l'acide phénique, en solution alcoolique à 2 ou 3 0/0, ou en pulvérisations, en solutions éthéro-alcooliques.

E. Vogt.

Maladies des Voies urinaires

Dr CHEVALIER

Chirurgien des hôpitaux

Ancien Chef de clinique de la Faculté.

Emploi de la stypticine en urologie (*Monatsber f. Urologie* 4e fasc. 1904). — Kœgl emploie depuis un an cet hémostatique dans les cas d'hémorragies intéressant l'appareil urinaire, soit en lavages, en solution aqueuse à 5 et 10 0/0, soit en batonnets gélatinés (avec 0,03 gr., de substance active), soit par voie gastrique. On obtient, grâce à ce médicament, rapidement et sans troubles accessoires, la disparition de cette complication, quels qu'en soient la cause ou le siège.

E. Vogt.

Des indications de l'acide picrique dans les uréthrites, par le Dr Peyri (*Gaceta Medica Catalana*, 15 décembre 1903). — Voici les conclusions qui se dégagent du travail de l'auteur.

1° L'acide picrique modifie favorablement les écoulements, tant par la destruction du gonocoque que par son action sur les injections secondaires, et sur la muqueuse de l'urèthre.

2° Des propriétés que possède l'acide picrique, celles qui sont utilisées dans ce traitement sont : 1° la *kératoplastie* qui, en produisant la rénovation de l'épithélium uréthral, rend plus active l'expulsion des gonocoques des follicules ; 2° sa puissance d'*infiltration* qui le font préférer à d'autres antiseptiques plus énergiques, parce que, grâce à cette propriété, il peut atteindre le gonocoque jusqu'au fond du follicule ;

3° Il paraît agir bien plus efficacement que tout autre médicament dans les écoulements chroniques ou subaigus peu douloureux.

4° Selon la localisation, les injections peuvent suffire, mais généralement dans les uréthrites postérieures, on doit toujours avoir recours aux instillations ou aux lavages.

5° Les grands lavages, dont ne parlent pas les auteurs, doivent être employés à 1 ou, au plus, à 2 pour 1.000 ; ils ne sont pas irritants ; ils possèdent toutes les propriétés de l'acide picrique, c'est même la manière la plus efficace de l'employer et ils n'ont pas de contre-indication.

La toxicité signalée par quelques auteurs est illusoire.

F. Bérini.

Traitement de la péritonite blennhorragique, par Ernest Gallant (*Medical Record*, 23 avril 1904). — Comme prophylaxie, l'auteur recommande d'instruire les malades sur les dangers de toutes les formes d'infection blennorrhagique. Celle-ci peut se montrer chez les petites filles, auquel cas elle peut atteindre les ovaires, les trompes, le péritoine, mais jamais l'utérus. La maladie est relativement rare chez les nouveau-nés. Le pronostic est favorable chez les petites filles, et la maladie se termine habituellement en trois mois. Le traitement consiste, chez les enfants, à faire des injections vaginales avec de l'eau boriquée chaude et à injecter dans le vagin quinze centimètres cubes d'une solution de nitrate d'argent à un pour cent. On répète ces injections tous les trois jours. Deux fois par jour, on fait une application sur la vulve d'une pommade boriquée à 10 0/0, et on fait prendre des boissons alcalinisées.

Chez les femmes, après la puberté, l'indication la plus importante est de limiter la maladie au vagin et à l'urèthre avant que le gonocoque ait pu trouver sa voie dans le col, l'utérus, les trompes et le péritoine. Les médicaments les plus utiles sont l'ichthyol et le nitrate d'argent. Mais il faut éviter de porter le médicament avec une sonde dans le canal cervical, ce qui amènerait l'infection utérine. L'auteur croit avec Neisser qu'une fois que le gonocoque a envahi l'utérus, le traitement médical offre peu de chance de succès. On ne doit jamais perdre de vue la facilité avec laquelle le gonocoque pénètre dans les trompes et le péritoine. Lorsque les gonocoques ont envahi la cavité péritonéale, les malades accusent une douleur pelvienne et abdominale. Il y a accélération du pouls et élévation de la température. Comme le gonocoque ne prospère pas au-dessous de 26° et au-dessus de 38° on peut tirer parti de cette notion en pratiquant des irrigations vaginales continues d'eau chaude ou d'eau froide. Quant à poursuivre le gonocoque, on peut faire le curettage si l'infection est limitée au vagin, ou bien si l'infection a atteint la trompe ou le péritoine, on pratique l'incision vaginale ou abdominale, mais seulement lorsque la santé générale souffre et que les symptômes persistent au point de troubler les fonctions menstruelles et maternelles.

L. Jumon.

Les avantages relatifs de la prostatectomie suspubienne et périnéale, par Edw. Deanesly (*The Brit. med. J.*, 21 mai 1904). — La prostate doit être considérée comme une portion accessoire de l'urèthre, ses relations avec la

vessie sont moins intimes. Aussi est-il très difficile de séparer l'urèthre normal de la prostate par les moyens ordinaires. La prostate peut être abordée soit par la vessie, soit par le périnée ou le rectum; la voie suspubienne est celle qui est généralement adoptée. La muqueuse qui recouvre la prostate est incisée sur un ou deux côtés de la prostate qui est facilement énucléée avec les doigts de l'autre main dans le rectum. L'auteur a pratiqué facilement cette opération dans trois cas, dans le quatrième, la prostate fibreuse ne put être énucléée et il fallut recourir à la voie périnéale. Malheureusement, le cul-de-sac recto-vésical fut ouvert et il survint une cellulite pelvienne mortelle. Mais il n'existe aucun signe pour distinguer les deux variétés. Si dans ce cas l'opération avait été faite seulement par le périnée, il est probable qu'elle n'aurait pas abouti à la lésion qui a entraîné la mort. Une autre objection à la route sus-pubienne, est la grande profondeur à laquelle se trouve la prostate chez les sujets forts; cette circonstance est la cause de déchirures considérables du tissu prévésical exposant à des hémorragies et à la cellulité pelvienne. Enfin le drainage de la vessie est effectué au sens inverse de la pesanteur, ce qui a des inconvénients: urine ammoniacale, précipitations de phosphates, impossibilité de vider complètement la vessie. Il en résulte que la plaie peut tarder de plusieurs semaines à guérir. Aussi beaucoup de chirurgiens ont-ils choisi la voie périnéale. Comme méthode périnéale supérieure, l'auteur préconise celle de Robert Proust, qui rend la prostate bien plus accessible au doigt et à l'œil, ce qui permet d'agir avec plus de sécurité. La méthode est anatomiquement plus directe, elle n'entraîne pas une double plaie de la vessie. ni l'ouverture du tissu cellulaire prévésical. Toute l'opération peut être conduite avec sureté sous le contrôle de la vue et du toucher, elle permet de n'enlever que ce qu'il faut de la prostate.

Enfin le drainage de la vessie et le traitement de la plaie sont beaucoup plus faciles. Le mérite de l'opération de Proust est la facilité avec laquelle on se conforme à tous les temps de l'opération, qui peut être faite en moins de temps que l'opération suspubienne. Avant d'intervenir, il est plus facile de se rendre compte de l'état de la prostate.

L. Jumon.

Rein mobile et entéroptose, traitement, par H. Sérégé (*Journal de médecine de Bordeaux*, 22-29 mai 1904). — L'auteur conclut de son étude étiologique et pathogénique que la fréquente coïncidence de l'entéroptose avec le rein mobile doit faire considérer ce dernier, dans la très grande majorité des cas, comme un des termes du processus général de la splanchnoptose, 9 fois sur 10 la pathogénie de la néphroptose relève de celle de la splanchnoptose.

Dans 54 0/0 des cas, les troubles gastro-intestinaux, surtout ceux de l'enfance et de l'adolescence, traduisant une nutrition défectueuse de l'individu se retrouvent à l'origine du processus ptosique. La grossesse seule sans autre cause, suivie de troubles dyspeptiques sérieux paraît être la cause première 32 fois sur 100. L'auteur attribue encore une certaine influence aux congestions périodiques, tandis que l'influence du traumatisme, de la dégénérescence congénitale de l'individu et des autres causes diverses invoquées par les auteurs se fait rarement sentir.

Le traitement sera d'abord préventif et s'adressera aux troubles gastro-intestinaux de la première et de la deuxième enfance. Si l'on arrive trop tard, il faudra instituer le traitement de l'entéroptose, qui comporte quatre indications :

1° Le port de la sangle de Glénard à trois tirants et à sous-cuisses ;

2° L'usage de laxatifs quotidiens ;

3° Le régime carné ;

4° L'usage des alcalins.

On pourrait hésiter parfois à faire porter la sangle à des malades ayant le ventre retracté, la réservant surtout pour les cas où l'abdomen est saillant. Mais, c'est là une erreur. Chez tous les malades, la sangle de Glénard a été bien tolérée et a procuré de tels soulagements qu'elle ne pouvait être enlevée sans voir reparaître rapidement les troubles de l'entéroptose. La susceptibilité que présentent certaines malades au début est vite vaincue avec un peu de patience. En cela la volonté du médecin joue un grand rôle, et la thérapeutique donne des résultats remarquables sans qu'il soit besoin de recourir à l'intervention chirurgicale qui devra être essentiellement limitée au rein mobile. Le plus souvent le traitement du rein mobile est essentiellement médical, c'est celui de l'entéroptose appliqué dans toute sa sévérité. Le traitement chirurgical ne doit être tenté qu'après échec bien certain du traitement médical, mais ces cas sont rares.

L. Jumon.

Pour et contre la néphropexie, par Ernest Gallant (*Medical Record*, 7 mai 1904). — Les résultats peu satisfaisants obtenus par les chirurgiens, les ont conduit à déconseiller la néphropexie dans le rein prolabé.

La plupart ont accepté la théorie de Glénard à savoir que le rein mobile n'est qu'un indice de la ptose de plusieurs viscères et ont étudié de plus près les symptômes afin d'arriver à un plan satisfaisant de traitement.

Les crises provoquées par le rein flottant ressemblent beaucoup à des attaques de coliques hépatiques, surtout lorsque comme dans certains cas après la grossesse, il survient de l'ictère.

D'autre part, l'affection se traduit souvent par les troubles plus communs de l'atonie intestinale, de la dyspepsie chronique avec dilatation ou ptose de l'estomac et du colon.

En ce qui concerne l'opération l'auteur formule les règles suivantes : la néphropexie peut se justifier pour le rein déplacé après les opérations sur cet organe ou son uretère.

Il peut être indiqué parfois de faire plusieurs fixations, du rein, du foie, de la rate, de l'estomac, etc., mais il n'est pas à recommander de faire des opérations multiples sur le même malade. La principale cause d'insuccès est que le rein après la néphropéxie n'a pas pu être fixé au haut pour éviter la constriction exercée par les objets de vêtements. La nephropexie ne peut soulager que les symptômes dus à l'instabilité des reins, et pour vaincre la ptose générale, Gallant a émis un nouveau principe dans l'adaptation du corset ordinaire pour le traitement de la maladie de Glénard, à savoir le replacement des viscères par la pesanteur, le sujet étant placé dans la position dorsale. Les viscères replacés dans leur position sont supportés par un corset fait sur les mesures prises sur la femme dans le decubitus dorsal, le corset est lacé sur deux rangs de haut en bas, appliqué en demi-pronation et fixé de bas en haut. De cette manière les organes sont maintenus en place. Les viscères étant ainsi supportés, la néphropexie est rarement indiquée pour le rein déplacé, on peut éviter de nombreuses opérations et la femme peut être considérée comme guérie.

En ce qui concerne les indications de la néphropexie, Gallant admet que l'opération est nécessaire dans certains états, tels que l'hydronéphrose, la néphrite, etc., et il a constaté que les meilleurs résultats s'obtiennent en opérant de bonne heure avant qu'il se produise des lésions sérieuses, 179 cas ont été opérés avec un seul insuccès dû à ce qu'il avait fallu également pratiquer, quelques jours après, l'incision abdominale. Les vomissements causés par l'anesthésie séparèrent le rein de ses attaches.

L. Jumon.

Influence du régime sur l'élimination d'albumine dans les néphrites chroniques (*Congrès de balnéologie*, Aix-la-Chapelle, 3-9 mars 1904). — Cette communication, malgré son titre, est de nature thérapeutique : Gruse (de Neuenahr) y a défendu des idées qui ne concordent pas en général avec les opinions courantes.

Pour l'orateur, quelle que soit la nature de la néphrite chronique (interstitielle, parenchymateuse, mixte), le traitement diététique doit primer tous les autres. Mais quel régime faut-il adopter ? Les tendances actuelles sont moins favorables au régime lacté, mais les praticiens le recommandent toujours encore de préférence, surtout chez les jeunes sujets. L'orateur, qui observe beaucoup de malades de ce genre, est aujourd'hui convaincu que le régime lacté n'exerce aucune influence bienfaisante dans la néphrite chronique et n'est pas capable de retarder ou prévenir les complications ou exacerbations. Dans ce groupe d'affections, on observe des cas bénins et des cas graves, et l'on a trop de tendance à attribuer au régime lacté l'évolution lente des premiers.

C'est l'étude de la néphrite chronique venant compliquer le diabète qui a amené l'orateur à ces conclusions : dans ces cas, on est forcé de renoncer au régime lacté absolu et cependant la néphrite évolue presque toujours, chez le glycosurique, d'une façon fort bénigne.

On affirme couramment que le régime lacté fait diminuer l'albuminurie ; nombre de faits bien observés contredisent cette assertion, et à supposer même que cette diminution fût obtenue, a-t-elle une importance quelconque au point de vue du pronostic ? L'orateur ne le croit pas ; l'étude attentive des albuminuriques montre que la teneur en albumine varie constamment dans les urines et est indépendante de l'état de la santé du sujet. En tous cas, une diminution même constante n'implique pas une amélioration du malade. L'orateur estime qu'il faut, autant que possible, détourner l'attention des patients de la recherche de l'albumine.

Logiquement, en présence d'une déperdition d'albumine préjudiciable, il faudrait augmenter l'apport de cette albumine pour éviter le déficit.

On a dit aussi que le régime lacté n'irritait pas le rein : on oublie que la grande quantité de liquide que le malade absorbe, s'il suit un régime lacté, impose au rein un travail considérable.

On dit encore que le lait ne contient pas de substances toxiques et facilite l'élimination de celles qui se trouvent dans l'organisme : mais il existe d'autres aliments jouissant des mêmes propriétés.

Le lait serait un bon diurétique, mais rien ne prouve qu'il soit utile d'augmenter la diurèse, en cas de rein granuleux surtout.

Le danger principal du régime consiste dans son insuffisance nutritive : les néphrétiques chroniques sont des anémiques, la teneur en hémoglobine du sang est chez eux diminuée, et le lait ne saurait suffire à lui seul pour les sustenter.

L'orateur a fait sur 10 malades, âgés de 14 à 48 ans, une série d'expériences avec une institution de régime mixte suivie de régime lacté. Elles ont donné les résultats suivants :

1° *Néphrite interstitielle* (7 cas). L'élimination urinaire absolue est augmentée pendant le régime lacté, mais la proportion entre l'apport des liquides et l'élimination est en faveur du régime mixte : la rétention de liquide est plus élevée avec le régime lacté (augmentation des œdèmes).

L'élimination de l'albumine est indépendante du régime : les résultats ont été contradictoires.

2° *Néphrite parenchymateuse* (3 cas). Mêmes résultats que pour les cas précédents.

Au point de vue du régime, l'orateur est arrivé aux conclusions suivantes : Inutilité du régime lacté ou d'un régime dont le lait ferait la base, adoption d'un régime mixte en évitant simplement la prépondérence des albuminoïdes ; il n'y a aucune différence entre les viandes blanches et les viandes noires.

E. Vogt.

Les injections de morphine dans l'urémie et le traitement de l'urémie chronique terminale (*Journal des praticiens*, 20 mai 1904). Huchard et Fiessinger, dans la période ultime de l'urémie, avec crises dyspnéiques, estiment qu'on peut songer à la morphine : il sera sage, avant d'y recourir, de prescrire la diète hydrique (2, 3 litres de tisane diurétique dans les 24 heures, 1 litre 1/2 en cas d'insuffisance cardiaque).

La dose sera toujours faible : 0,005 gr. de morphine ou 0,002 gr. d'héroïne : les auteurs préfèrent cette dernière, à cause de son nom qui, moins connu, produit moins d'appréhension. Ces deux médicaments sont, à faibles doses, des toniques du cœur, mais si le pouls est fuyant, on fera bien de recourir à la formule suivante :

Chlorhydrate de morphine. 0.10 gr.

ou :

Héroïne..... 0.05 gr.
Eau distillée..... } ââ 4 cent. cubes
Alcool..... }

Faire dissoudre et ajouter :

Ether sulfurique..... 6 cent. cubes

Injecter 1/2 ccm.

Le soulagement est en général immédiat, mais les suites éloignées sont peu favorables, car ces médicaments diminuent la diurèse, créent l'état de besoin et produisent des troubles mentaux. Souvent les malades, en état de somnolence incomplète, sont réveillés en sursaut par le manque d'air dès qu'ils s'endorment : la dyspnée apparaît plus angoissante que jamais. On fera dans ces cas respirer un peu d'éther sur un mouchoir, et on peut continuer ainsi pendant 2 ou 3 jours, à l'intérieur on administrera 2 à 3 cuillerées à café d'éther dans un verre d'eau, dans les 24 heures.

Le trional, le véronal, l'hédonal, soulagent l'angoisse mais calment moins bien la dyspnée que la morphine et l'héroïne, 0,10 gr. de véronal ou 0,15 gr. de trional, trois fois par jour ne produiront pas d'action hyposthénisante sur la fibre cardiaque. L'action de la caféine fait souvent défaut à cette période : mieux vaut s'en abstenir.

On pourra, une ou deux fois par semaine, appliquer 2 à 4 ventouses scarifiées sur la région du cœur : les purgatifs sont dangereux, les sudations fatiguent.

Les inhalations d'oxygène calment la dyspnée, soit par action directe du gaz, soit par suggestion, soit parcequ'elles habituent le malade à faire des inspirations plus régulières et plus profondes.

Mais c'est surtout le régime hydrique avec réduction des liquides (1 1/2 litre dans les 24 heures) qu'il faut recommander : mais on ne peut maintenir ce régime indéfiniment. On reviendra alors au lait (1 1/2 litre par jour) : si le malade va ensuite mieux on donnera des bouillies au lait, aux œufs.

En un mot, il faut, chez ces malades, varier ses médications, éviter toute dose élevée.

E. Vogt.

Pédiâtrie

Dr E. THIERCELIN

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine.

Quelques points du traitement de la pneumonie chez les enfants, par L. Fischer (*Medical Record*, 23 avril 1904). — La pneumonie lobaire étant une maladie infectieuse transmissible, il faut isoler les malades avec autant de soin que les diphtériques. Au sujet du traitement, l'auteur recommande de placer l'enfant dans une chambre bien aérée et autant que possible

ensoleillée, dont la température variera de 20° à 22°.

Pour combattre la fièvre, chercher à éliminer les toxines par l'intestin, par les reins et par la peau. Dans tout état fébrile, les sécrétions diminuent d'activité, aussi faut-il stimuler les émonctoires. On donnera une goutte de teinture d'aconit avec une cuillerée à café d'esprit de Mindererus trois ou quatre fois, à intervalles d'une heure, jusqu'à ce que la transpiration se produise. Un bain de pieds sinapisé donné en même temps facilitera l'action antithermique de l'aconit. Si la fièvre persiste, faire des lotions d'eau tiède alcoolisée toutes les demi-heures. Si la température s'élève au-dessus de 39° 4, il faut remplacer les lotions par des applications de compresses froides sur la poitrine. Non seulement la température s'abaisse, mais le sommeil revient.

Pour provoquer les selles, l'auteur conseille l'huile de ricin, mais surtout le citrate de magnésie qui possède une certaine action diurétique. Comme boisson, de l'eau acidulée avec de l'acide phosphorique ou de l'acide chlorhydrique dilué.

L'alimentation joue un grand rôle dans le traitement de la pneumonie. La quantité de lait est la moitié de la quantité ordinaire ; si le lait n'est pas supporté, on donne du petit lait ou des crèmes légères; l'eau doit être donnée largement. On troublera le moins possible le repos de l'enfant; on ne devra pas le déranger plus d'une fois toutes les deux heures le jour, et rarement plus d'une fois toutes les quatre heures pendant la nuit. Le repos est aussi nécessaire que l'air frais et l'alimentation.

L. Jumon.

Etude sur le traitement physique (massothérapique, kinésithérapique et électrothérapique) de la paralysie spinale infantile, par Massy (*Revue de Cinésie*, mai 1904). — Le *massage* sera effectué sur les membres paralysés au moyen des trois manipulations suivantes : *effleurage*, *pétrissage*, *tapotement*. Il aura une durée, pour chacun de ses membres, de 10 à 15 minutes. Il devra toujours être pratiqué avec la plus grande douceur.

L'*effleurage* portera sur toute l'étendue du membre malade. Il sera assez superficiel et consistera en passes légères pratiquées avec toute la paume de la main sur ce membre. Il devra être remplacé au bout de 2 à 3 minutes par le pétrissage des muscles paralysés.

Ce *pétrissage* sera toujours profond; s'il s'agit d'un muscle ou d'un groupe de muscles peu volumineux, le pétrissage devra être effectué au moyen des doigts; s'il s'agit, au contraire, d'un groupe musculaire volumineux, le pétrissage sera pratiqué au moyen des deux mains. Le pétrissage devra être suivi, au bout de 5 minutes au minimum, par le tapotement, qui portera sur toute l'étendue du membre, quoique plus spécialement sur les parties de celui-ci correspondant aux muscles malades.

Le *tapotement* sera toujours assez superficiel. Il devra être effectué avec les surfaces dorsales des deux dernières phalanges de la main droite. Il aura une allure un peu rapide et une durée assez courte (1 à 2 minutes).

Une fois le massage proprement dit terminé, l'on saisit entre les mains le membre malade et on le place dans la position opposée à celle où il a été mis par la paralysie. On le maintient dans cette nouvelle situation pendant 2 à 3 minutes.

On fait ensuite exécuter aux muscles paralysés une dizaine de mouvements passifs, correspondant exactement à ceux que produisent ces mêmes muscles à l'état sain.

L'on imprime enfin au membre malade quelques mouvements dans un sens opposé à celui vers lequel les muscles paralysés de ce membre le porteraient à l'état normal: et l'on ordonne en même temps à l'enfant de résister assez énergiquement à ces mouvements mêmes. Cette manœuvre sera douce et répétée à intervalles très rapprochés (et cela pendant 5 minutes environ); elle ne devra jamais toutefois être prolongée jusqu'à une fatigue trop grande ressentie par le malade.

Ceci fait, l'on appliquera à ces membres le traitement *électrothérapique* qui leur convient et qu'aura indiqué l'exploration électrique des nerfs et des muscles.

Le traitement de la moelle sera effectué au moyen du courant *galvanique*, que l'on fera agir directement, d'une façon continue, sur le foyer présumé de la maladie.

L'électrode *active*, sous forme d'une plaque d'environ 100 cm. q., sera solidement appliquée sur l'un ou l'autre des renflements de la moelle. L'électrode indifférente, sous forme d'une plaque d'environ 150 cm. q., sera fixée sur le sternum. Le *pôle* + agira sur la première et le *pôle* — sur la seconde de ces deux électrodes : le courant sera porté progressivement à une *intensité* de 8 à 10 milliampères, qu'il conservera d'une façon *stable* pendant une dizaine de minutes.

Cette galvanisation sera toujours le premier temps de chacune des séances d'électrisation : le second temps de celle-ci sera occupé par le *traitement périphérique*, qui sera effectué, au moyen du courant *galvanique* que l'on fera agir

d'une façon *labile*, non stable, sur chacun des nerfs ou muscles paralysés.

L'électrode *indifférente* (sous forme d'une plaque) est placée sur le sternum ou bien sur la partie supérieure ou inférieure du rachis, l'*acttve* (sous forme d'un tampon) au niveau du point moteur du muscle malade, et l'on fait passer le courant *galvanique* d'une façon continue jusqu'à ce qu'il atteigne assez rapidement 10 à 12 m. A. Arrivé à cette intensité, le courant est *interrompu* brusquement; si une contraction suffisamment étendue se produit, il est laissé à cette intensité ; au contraire, si la contraction ne s'effectue pas ou bien s'effectue trop faiblement, il est poussé jusqu'à 18 ou 20 m. A. au maximum.

Le *pôle* employé au niveau de l'électrode active sera soit le pôle négatif, soit le pôle positif, suivant le degré de *dégénérescence* qu'aura précédemment indiqué l'*exploration* électrique.

On effectuera des *interruptions* rythmiques, au nombre de 30 environ par minute, du courant galvanique ainsi appliqué, mais celles-ci auront souvent avantage à être précédées de quelques *renversements*. La *durée* d'électrisation de chacun des muscles paralysés sera de 5 minutes au minimum.

Le courant *faradique* ne pourra être utilisé que lorsque l'exploration électrique des nerfs et des muscles atteints de paralysie aura montré que l'*action de dégénérescence* a disparu absolument chez ceux-ci. C'est toujours le courant de la bobine à *fil gros* et à interruptions *très lentes* que l'on utilisera.

La limite minima du traitement est de six mois, la limite maxima de trois ans. Au début de celui-ci, les séances seront quotidiennes; au bout de trois mois, elles seront pratiquées à jour passé, et au bout de six mois, tous les trois jours.

E. Vogt.

Pharmacologie

Dr E. VOGT.

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

Contribution à l'étude de l'action curative du radium (*Soc. médicale de Berlin*, 4 mai 1904). — Lassar a fait des expériences avec des capsules contenant 1 mgr. de bromure de radium ; on les applique avec des bandes de sparadrap sur les lésions à traiter. Il présente à la Société plusieurs malades, qui furent soumis à cette médication pour des cancroïdes : tous sont actuellement guéris, avec des cicatrices à peine visibles.

Le procédé est aussi simple que peu dangereux à utiliser : seul, le prix des capsules constitue un obstacle à sa généralisation : il est vrai que ces capsules ne perdent pas leur activité thérapeutique au cours de l'emploi.

Si l'on a soin de suspendre le traitement à la première alerte, on n'observe pas de dermatites dues à l'action du radium. Une surveillance médicale incessante est certainement indispensable.

L'orateur a obtenu de même des résultats favorables dans le psoriasis, diverses formes d'eczéma, etc., et il présente à la Société quatre malades atteintes de cancer au sein chez lesquelles de vastes ulcérations sanieuses, inopérables, se sont cicatrisées.

La radiumthérapie dans le cas particulier, ne saurait remplacer l'intervention sanglante, mais elle peut modifier favorablement les récidives, car pour celles-ci il ne s'agit plus de carcinome mammaire, puisque le sein est enlevé, mais de carcinome cutané.

Le Pr von Bergmann estime que tous les sujets présentés ne sont pas guéris; ils présentent des ganglions hypertrophiés, des métastases; on ne se trouve donc pas en possession d'un traitement spécifique.

Beaucoup d'autres agents sont capables d'amener des résultats de ce genre (caustiques, action de l'érysipèle, etc.).

Schlesinger a obtenu des résultats curatifs avec le radium et les rayons X dans des cas de cancroïdes à marche lente, mais il ne faut pas espérer guérir de cette façon les carcinomes malins; on ne réussirait ici qu'à faire perdre aux malades un temps précieux.

Lassar termine la discussion en faisant remarquer que l'action du radium n'est pas la même que celle exercée par les caustiques : en tous cas, les résultats obtenus le sont d'une façon aussi peu préjudiciable au malade que possible.

E. Vogt.

L'action de l'argent soluble (*Med. Obosr.*, no 17, 1903). — Dvoretzky rapporte une série de cas d'affections chirurgicales où la pommade Credé a exercé une action bienfaisante.

Ainsi, dans 3 cas de phlegmon aigu les frictions à la pommade Credé ont amené une guérison rapide, sans aucune intervention chirurgicale. Dans un cas de mastite aiguë les frictions ont été pratiquées trop tard, de sorte que l'abcès s'est ouvert au dehors. Dans trois cas d'érysipèle les frictions sur les régions malades ont diminué de plus de moitié la durée de la

maladie. Dans deux cas, des bubons se sont résorbés en l'espace de deux à trois jours. L'auteur a également observé l'action bienfaisante de la pommade dans l'acné.

Le mode d'action de la pommade est le suivant :

L'argent soluble entrant sous la peau par l'intermédiaire de la pommade est absorbé et manifeste son action sur le trajet vasculaire aussi bien dans la région malade que dans l'organisme tout entier (excepté dans les bubons, les frictions ont toujours été faites loin du point malade). L'argent soluble détruit dans le sang les germes morbides ; il peut également rendre inoffensives leurs toxines, ce qui se traduit par une amélioration rapide du bien-être, la disparition des signes subjectifs de l'intoxication générale, la chute de la température et les modifications favorables du pouls.

L'argent soluble peut arrêter dans un laps de temps excessivement court les processus inflammatoires déterminés par des staphylo ou streptocoques (phlegmon, infiltration, érysipèle, acné) sauf cependant dans les cas où il s'est produit déjà un ramollissement purulent plus considérable ou une mortification des tissus.

Le mode d'action de l'argent soluble est très doux ; en outre cette substance n'est pas toxique.

Employée localement la pommade Credé constitue un bon moyen thérapeutique contre les adénites infectieuses. On peut croire que cette pommade deviendra un des agents des plus importants dans la lutte contre les affections purulentes et la septicémie.

J. Roubleff.

Feuilles de digitale à action constante (*Soc. médicale de Hambourg*, janvier 1904). — Deneke rappelle les considérables variations que subit l'action des feuilles de digitale suivant l'origine, l'époque de la récolte, etc. Au bout d'un an, l'efficacité de la drogue descend à un quart de l'efficacité de la feuille fraiche. Or, Focke a démontré qu'en desséchant rapidement les feuilles à une température de 80°, et en conservant le produit de la dessication à l'état pulvérulent dans des flacons soustraits à l'action de l'air, on constate que l'efficacité de la drogue reste immuable pendant un an.

L'expérimentation a démontré à Deneke que ces assertions sont fondées : on peut aisément soumettre les feuilles à cette manipulation et le prix du médicament n'est augmenté que dans une faible mesure.

E. Voet.

Utilisation thérapeutique du bromure de méthylatropine (*Aerztl. Central-Ztg*, 2 avril 1904). — Bolgar rappelle que cette préparation nouvelle contient 20,84 0/0 de brome : elle est facilement soluble dans l'eau et l'alcool absolu, et ses effets se rapprochent de ceux de l'atropine, tout en étant moins durables : en outre, on est à l'abri des actions accessoires si désagréables des produits à base d'atropine jusqu'ici employés. Les indications si nombreuses de ces derniers se retrouvent dans la bromure de méthylatropine : l'auteur cite plusieurs observations. En dehors des affections oculaires, il l'a administré dans diverses affections, et il cite quelques exemples. Dans un cas de migraine tenace, ayant résisté à toutes les médications usuelles, un à deux cachets, en cas d'accès, de la préparation suivante :

Bromure de méthylatropine. 0 gr. 001
Sucre de lait..... ..... 0 gr. 30

ont suffi pour enrayer la migraine, et l'action médicamenteuse ne s'est pas épuisée dans la suite. Aujourd'hui, les accès sont beaucoup moins violents qu'autrefois.

Dans un cas de stomatite mercurielle, l'administration, deux fois par jour, d'un cachet de 0 gr. 0015 de bromure de méthylatropine enraya en deux jours la salivation : les ulcérations gingivales qui persistaient furent guéries ensuite par des cautérisations au nitrate d'argent.

Dans un cas de sueur profuse nocturne chez un tuberculeux, une pilule de 0 gr. 006 le soir, enraya la sudation presqu'entièrement; chez un neurasthénique présentant de la dyshydrose, l'effet fut de même excellent.

Dans un cas d'érysipèle de la face, avec céphalalgies intenses et insomnie, l'auteur administra, après insuccès de divers calmants, deux cachets de 0 gr. 002 par jour à partir du cinquième jour. Les douleurs diminuèrent de suite, mais le sommeil ne revint qu'à la fin du deuxième jour d'administration. Le lendemain, la température tomba à 37,9 (40,1 la veille).

Dans un cas d'oreillons avec orchite gauche extrêmement douloureuse, trois doses par jour de 0 gr. 003 amenèrent la guérison en 10 jours.

Dans un cas de périty phlite, deux injections hypodermiques de 0 gr. 0002 produisirent une émission considérable de gaz et un soulagement immédiat.

Dans un cas de péritonite tuberculeuse-chronique, les cataplasmes de boue, qui calmaient les douleurs, perdirent leur efficacité : l'auteur fit alors des injections hypodermiques de bromure de méthylatropine à doses faibles : en peu de temps, le volume de l'abdomen diminua notablement.

L'intervention opératoire fut refusée.

Dans un cas d'asthme bronchique, des injections de 0,0004 gr. produisirent au bout d'une demi-heure un effet narcotique et antispasmodique marqué.

Dans la coqueluche, on obtient une diminution rapide du nombre des accès, en administrant en moyenne 5 cuillerées à café par jour de la potion suivante :

Antipyrine.....	1	gramme
Bromure de méthylatropine	0,004	—
Sirop simple.....	20	—
Eau distil.....	100	—

Il a suffi, dans un cas de prurit intense, de deux cachets par jour de 0,001 gr. pour faire disparaître en 4 jours les accidents. Même résultat dans un cas de prurit anal.

En résumé le produit est indiqué chaque fois qu'il s'agit d'obtenir un effet antispasmodique et antisécrétoire. L'action sur le péristaltisme semble très nette et l'auteur se propose de l'expérimenter dans la hernie étranglée et d'iléus.

E. Vogt.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Association de la Presse médicale française (*Réunion du vendredi 3 juin 1904*). — La troisième réunion de 1904 de l'Association de la Presse médicale française a eu lieu le vendredi 3 juin, au restaurant Marguery. — Une trentaine de membres y assistaient, sous la présidence de M. Delefosse, syndic, et M. Cornil, syndic honoraire.

Correspondance. — Lettres de remerciements de MM. les Drs Joqs et Leredde, nommés membres titulaires à la dernière réunion. — Lettre de M. le Pr Pozzi, acceptant la mission qui lui a été confiée de représenter l'Association au cours de son voyage au Etats-Unis.

Questions diverses. — M. le Secrétaire général a donné quelques indications relativement à l'état actuel des rapports de l'Association avec les Compagnies de chemins de fer.

M. Leredde a posé à nouveau la question de l'installation défectueuse de la tribune des journalistes à l'Académie de Médecine. — On ne peut qu'attirer encore l'attention du Secrétaire perpétuel sur cet état de choses déplorable.

Congrès international de Medecine de 1906. — M. le Secrétaire général a mis l'Association au courant des travaux faits pour l'organisation des Comités nationaux de propagande. Celui de France n'est pas encore constitué.

Conférence de M. le Dr G. Ballet sur les rayons N. — Après le dîner, M. le Dr Gilbert Ballet, spécialement invité par le Bureau, a fait une fort intéressante conférence sur les rayons N. Il a résumé d'abord l'histoire de leur découverte et de leur étude au point de vue physique; c'est-à-dire les travaux de M. le Pr Bondlot; puis ceux de M. le Pr Charpentier, au point de vue physiologique. M. le Dr Ballet a terminé par l'exposé de ses propres recherches cliniques, qui sont fort curieuses, mais pas assez avancées pour être publiées.

Causerie de M. le Dr Marcel Baudouin sur les Puits funéraires. — M. le Dr Marcel Baudoin a clos cette réunion par la projection d'une cinquantaine de photographies relatives aux Puits funéraires, question archéologique, toute d'actualité, par suite des découvertes récentes faites au Forum romain. — Ces photographies ont trait pour la plupart à la mission dont il fut chargé l'an dernier par le Ministère de l'Instruction publique, et aux fouilles qu'il exécuta à cette époque en Vendée.

Voyages d'études médicales aux stations hydrominérales et climatiques de France. — Le 6e voyage d'études médicales aura lieu du 3 au 15 septembre 1904.

Il comprendra les stations du centre et de l'Auvergne : Néris, Évaux, La Bourboule, Le Mont-Dore, Saint-Nectaire, Royat, Chatel-Guyon, Vichy, Bourbon-l'Archambault, Bourbon-Lancy, Saint-Honoré, Pougues — les Sanatoriums de Lamotte-Beuvron et de Durtol — les Stations climatiques de Vic sur-Cère et du Lioran.

Le V. E. M. de 1904 — comme les cinq précédents — est placé sous la direction scientifique du docteur Landouzy, professeur de clinique médicale à la Faculté de Médecine de

Paris, qui fera sur place des conférences sur la médication hydrominérale, ses indications et ses applications.

Réduction de moitié prix sur tous les chemins de fer pour se rendre, de son lieu de résidence, au point de concentration, Lamotte-Beuvron.

Les médecins étrangers bénéficient de cette réduction à partir de la gare d'accès sur le territoire français.

Même réduction est accordée, à la fin de la tournée, au point de dislocation : Pougues, pour retourner à la gare qui a servi de point de départ.

De Lamotte-Beuvron à Pougues, prix à forfait : 250 francs, pour tous les frais; chemins de fer, voitures, hotels, nourriture, transports des bagages, pourboires.

Pour les inscriptions et renseignements, s'adresser au docteur Carron de la Carrière, 2, rue Lincoln, Paris (VIIIe arrondissement).

Les inscriptions sont reçues jusqu'à 15 août 1904, terme de rigueur.

BIBLIOGRAPHIE

Technique du traitement de la coxalgie, par le Dr Calot, chirurgien en chef de l'hôpital Rothschild, de l'hôpital Cazin-Perrochaud, de l'hôpital de l'Oise et des départements, du dispensaire, de l'institut orthopédique de Berck, etc., 1 vol. gr. in-8o, avec 178 fig. dans le texte (Masson et Cie. éditeurs), 7 fr.

Ce guide du médecin pour le traitement des affections orthopédiques était réclamé depuis longtemps. Il n'est pas en effet de praticien qui ne soit appelé un jour ou l'autre pour une coxalgie, une tumeur blanche, une déviation vertébrale, une boiterie de naissance, un pied bot, une paralysie infantile, en un mot une déviation congénitale ou acquise. Et nulle part, les médecins ne pouvaient trouver, jusqu'à ce jour, les notions nécessaires et suffisantes pour s'occuper utilement de ces malades.

Le livre que voici vient combler cette lacune, Il est écrit par un spécialiste pour tous ceux qui ne le sont pas; on n'y trouve ni bibliographie, ni historique, ni discussions pathogéniques inutiles, mais on y trouvera tous les cas cliniques de ces maladies que les médecins pourront rencontrer; et pour chaque cas, un traitement, un seul, pratique et simple, que l'auteur leur apprend à appliquer exactement en guidant à chaque pas leurs yeux et leur esprit par l'image et la description écrite, de manière à les conduire comme par la main du commencement à la fin de ce traitement.

Le jour où ce livre sera dans toutes les mains, il n'y aura certes pas un chirurgien spécialiste de moins, mais l'on peut dire qu'il n'y aura plus un seul médecin de bonne volonté qui ne sera capable d'assurer à tous les coxalgiques des soins suffisants; tandis qu'à l'heure actuelle, l'immense majorité de ces malades, ne pouvant pas arriver au spécialiste (il n'en est pas dix dans la France entière), ne sont pas soignés ou n'ont que les soins et la direction aveugle et funeste des bandagistes.

L'assassinat médical et le respect de la vie humaine, Par Fr. Guermonprez, 1 vol. in-12, jésus, 292 pages. Prix : 4 fr. (Librairie Jules Rousset, 1, rue Casimir-Delavigne, et 12, rue Monsieur-le-Prince, Paris.

Bien étrange ce livre sur une question qui n'était même pas connue! il s'y trouve des pages qui éclairent d'une façon imprévue la crise actuelle de la profession médicale. C'est intéressant, bourré de documents, fouillé de recherches historiques et absolument en dehors des banalités. On en jugera par la table des matières. Sur la question de l'assassinat médical, il y a des arguments tirés de la vocation médicale, d'autres des traditions professionnelles et des motifs de religion. Sur le respect de la vie humaine, il y a des souvenirs des traditions françaises — dans quelle mesure on sait la contagiosité du cancer — les règles d'exercice de la profession médico-chirurgicale — la responsabilité du médecin devant les tribunaux. devant la morale professionnelle et devant sa conscience.

Ce livre est tellement rempli de faits, de dates, de citations et d'importants documents, qu'une simple lecture ne suffit pas. Il est complété par un abondant répertoire alphabétique et une liste des auteurs cités : les recherches du lecteur sont facilitées; c'est nécessaire, puisque cet ouvrage ne fait double emploi avec aucun autre.

Nlle Imprimerie. E. Lasnier, directeur, 35, 37, rue St-Lazare. Paris *Le Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL

TRAVAUX ORIGINAUX

TRAITEMENT DES TUMEURS DE L'ESTOMAC PAR LA RADIOTHÉRAPIE

Par les Prs Doumer et Lemoine, de Lille

Au mois d'avril 1903, M. Albert Robin voulut bien présenter, au nom de M. Doumer et au mien, une communication sur un cas de tumeur de l'estomac guérie par la radiothérapie.

Dans cette note nous laissions entendre que nous tenions surtout à prendre date que nos recherches étaient en cours et que nous communiquerions ultérieurement nos résultats.

Bien que les faits observés ne soient pas encore en nombre considérable, nous pensons qu'il est bon de faire connaître, dès maintenant, les conclusions que nous avons tirées de leur étude.

Le nombre des cas de tumeurs de l'estomac que nous avons traitées par la radiothérapie depuis le début de nos recherches est d'une vingtaine; sur ce nombre, nous en avons guéri trois d'une façon complète et definitive, croyons-nous. Un quatrième malade est en voie de guérison et un cinquième dont l'amélioration avait été extraordinairement rapide et dont la tumeur avait disparu complètement, eut une rechute que nous n'avons malheureusement pas pu soigner. Les autres malades ont vu leur tumeur suivre une marche variable selon les cas, et leur étude donnera lieu à des considérations intéressantes.

Commençons par les cas heureux.....

La malade dont l'observation fut publiée en avril 1903, a continué à se bien porter, aucune rechute ne s'est produite. L'estomac tolère tous les aliments, l'embonpoint a beaucoup augmenté. Tous les signes locaux et généraux qui existaient: vomissements, mælena, tumeur, teinte jaune bistre, dépérissement, etc., ont disparu. La guérison s'est maintenue complète depuis un an. Nous ne rappellerons qu'en passant les symptômes qu'elle présentait : tumeur stomacale, grosse comme un œuf de poule, mœlena, hematémèses, dépérissement et vomissements depuis plus de trois mois, etc. Le traitement avait réussi à faire disparaître la tumeur en sept séances.

Le second cas a trait à Mme R. W., âgée de 48 ans, dont le père et la mère sont morts de cancer stomacal. Pendant les derniers mois de l'année 1902, elle commença à souffrir de l'estomac, puis en février 1903, ses douleurs devinrent très fortes, apparaissant peu de temps après les repas et durant plusieurs heures. On conclut à ce moment à de l'hyperchlorhydrie et on institua le traitement classique de cette dyspepsie. Ce traitement n'améliore pas la malade, dont l'état s'aggrave ; on examine alors le suc gastrique qui présente de l'hypochlorhydrie très accusée.

Au mois d'avril l'amaigrissement a beaucoup augmenté, des vomissements alimentaires apparaissent et deviennent incessants; l'état général est mauvais et le teint devient jaunâtre. On constate alors deux tumeurs dures et peu mobiles; siégeant l'une un peu à droite et au-dessus de l'ombilic, l'autre plus haut, un peu à gauche de la ligne médiane.

Madame P., cessa alors les séances pour les reprendre trois semaines plus tard, et les reprendre encore après une nouvelle interruption, les bons résultats se maintenant.

Actuellement Mme P., mange bien. La tumeur est à peine grosse comme une noix et se localise un peu au-dessus de l'ombilic, elle ne souffre plus de l'estomac, son poids est revenu à peu près à ce qu'il était avant sa maladie; son teint n'est plus jaunâtre, au contraire il est coloré. Les vomissements depuis longtemps ne sont pas revenus. Cet état se maintenant depuis cinq mois on peut considérer Madame P., non comme guérie, mais comme en voie d'une amélioration, telle que la guérison est très probable, l'état général étant parfait et la tumeur ayant presque disparu.

Quant au malade suivant, le succès paraît avoir été aussi complet et peut-être plus rapide que dans les cas qui précèdent en ce qui concerne la disparition de la tumeur. Malheureusement d'autres accidents vinrent entraver la guérison définitive.

Il s'agit d'un homme, M. C...., âgé de 65 ans, qui arriva à l'hôpital Saint-Sauveur le 15 juin 1903, où il nous fut envoyé par M. le docteur Heiser, de Paris. Depuis fort longtemps, il souffrait de l'estomac et depuis près d'un an on avait constaté entre l'appendice xyphoïde et l'ombilic la présence d'une tumeur dure et douloureuse qui allait peu à peu en augmentant de volume jusqu'à atteindre celui d'un œuf de poule. Par la radiographie faite devant le docteur Heiser, on a obtenu l'image d'une tumeur dans la région pylorique. Vomissements alimentaires fréquents, pas de mælena, cachexie, teint jaune bistre, estomac dilaté, foie normal. Le traitement commencé le 16 juin comprit en tout neuf séances. Dès la deuxième, les vomissements cessaient. A partir du 20 juin l'alimentation se faisait mieux; le 24, la tumeur n'avait plus guère que le volume d'une noix. Le 3 juillet, il n'en restait plus trace et le malade rentrait à Paris, ne souffrant plus, mangeant de tout par bravade et ayant passé de 92 à 103 livres. Son suc gastrique de l'anachlorhydrie presque complète était passé à une acidité élevée.

Mais en juillet à la suite d'un examen prolongé de son estomac il eut des mœlena et des hématémeses abondantes qui mirent sa vie en danger. A notre grand regret il ne revint pas à Lille reprendre le traitement et nous avons su par le docteur Heiser que depuis il allait en déclinant. Les observations dont nous venons de donner ici un résumé sont celles où le traitement radiothérapique nous a donné un succès. Dans toutes les autres, nous avons échoué, c'est-à-dire que les malades sont morts et qu'on ignore même si le traitement a prolongé leur existence. Donner ces observations nous paraît inutile, mais il est bon de signaler leurs caractères communs.

Chez tous les malades sans exception, la radiothérapie a fait disparaître ou a beaucoup diminué le symptôme douleur et cela dès les premières applications. Les vomissements ont cessé ou ont toujours été fort espacés et par suite l'alimentation s'est mieux faite. Sans aucun doute il se produisit là une amélioration de l'état général et des manifestations locales fort profitables aux malades dont les illusions étaient entretenues et les souffrances diminuées.

Ces tumeurs augmentent rapidement de volume et, le 16 avril, celle de droite atteint le volume d'une mandarine, l'autre celui d'une noix. A cette date apparaissent aussi des vomissements noirâtres, parfois teintés de sang, et des selles mélaniques.

Le traitement par les rayons X est institué le 20 avril; après la deuxième séance les

douleurs diminuent pour revenir très fortes et enfin disparaître définitivement après la sixième séance. Les mœlena persistent encore pendant quelques jours. Puis l'amélioration se fait, les tumeurs diminuent, l'alimentation devient possible. Enfin, à partir du 15 mai, date de la douzième séance, on ne sent plus trace des tumeurs. Depuis cette époque, l'amélioration s'est accentuée peu à peu, puis est devenue définitive. Actuellement Mme W. est est en parfaite santé et a repris toutes ses occupations.

Le troisième cas est celui d'un homme âgé de 48 ans, M. X venu du Pas-de-Calais, envoyé par le Dr Mazure. Ce malade présentait au mois d'août 1903, une tumeur stomacale paraissant siéger sur la grande courbure, allongée transversalement comme un boudin de 8 à 10 centimètres de longueur entre la ligne médiane sus-ombilicale et les fausses côtes gauches. Vomissements fréquents pituiteux et surtout alimentaires, douleurs vives après les repas, diminution de l'appétit, et des forces, teint terreux, début de cachexie. Les séances de radiothérapie sont faites à des intervalles plus ou moins éloignés pendant la durée du mois de septembre et la première moitié d'octobre. Les divers symptômes s'amendent successivement, mais le fait le plus important est la disparition complète de la tumeur. De retour chez lui, le traitement cessé, M. X... eut à la suite de fatigues, de violentes hémorragies stomacales. Après leur cessation, l'amélioration obtenue persiste et depuis la fin du mois d'octobre 1903, la santé s'est maintenue excellente.

Une autre observation concerne une femme de 63 ans, Mme P..., habitant les environs de Lille, à Bouvines, qui commença à ressentir au mois de décembre 1902, des troubles d'estomac caractérisés par des douleurs calmées par l'ingestion des aliments et par des vomissements glaireux le matin et alimentaires dans la journée. Son état général alla peu à peu en s'aggravant et, un an après, les symptômes généraux et locaux étaient beaucoup plus accusés; les vomissements alimentaires étaient presque constants, l'amaigrissement avait beaucoup augmenté, et le teint était devenu jaunâtre. A l'examen local on trouvait une tumeur siégeant à la grande courbure, ayant environ douze centimètres de longueur, et la forme d'une masse aplatie s'effaçant peu à peu par en haut avant d'arriver aux côtes, dure et un peu douloureuse à la pression. Il existait aussi quelques petits ganglions au niveau du pli de l'aîne, à gauche. Pas d'hématémèse, pas de mœlena.

Le traitement est commencé en janvier 1904. Les premiers symptômes qui disparurent furent progressivement les douleurs et les vomissements, mais avec des rechutes, des périodes d'amélioration succédant à des moments de rechutes. La tumeur commença aussi à se ramollir peu à peu et à diminuer de volume. Au bout de quatorze séances, elle était diminuée de plus de moitié.

Toujours aussi, nous avons vu la tumeur stomacale diminuer et même dans certains cas disparaître. Mais dans ces cas malheureux, si elle disparaissait à son siège initial, elle se reproduisait toujours dans le voisinage ou dans les organes voisins, foie, pancréas, épiplode ou poumon. Comme le traitement ne paraît exercer d'action que sur les tumeurs situées assez superficiellement, il n'agissait plus dès que les localisations devenaient plus profondes, et après une période de rémission due certainement à la radiothérapie, les accidents dus à la généralisation du néoplasme s'aggravaient et menaient rapidement à la mort.

En traitant des cancers externes, nous avons pu nous rendre compte de la façon dont se fait cette lutte entre le traitement et la tendance à la généralisation du néoplasme. Voici comment les choses se sont passées dans un des cas les plus typiques. Il s'agissai

d'une dame de 40 ans qui avait été opérée successivement des deux seins pour des tumeurs dont la nature carcinomateuse avait été constatée à plusieurs reprises au microscope. Des récidives étant survenues, la radiothérapie fut faite. Elle eut pour résultat de faire disparaître rapidement les tumeurs récidivées, mais de nouvelles tumeurs apparurent alors dans le derme sur plusieurs points du corps. Les rayons X les firent disparaître les unes après les autres, et on pouvait se croire maître de la maladie après plusieurs mois de lutte, quand la généralisation se fit sur le poumon et entraîna une issue fatale.

C'est ce qui se produit dans les cas de tumeur stomacale dont nous venons de parler, la tumeur initiale peut disparaître par le traitement, mais on meurt de la généralisation rapide.

Il y a donc des formes de tumeurs de l'estomac où le traitement agit et amène une guérison complète, se maintenant au bout d'un an et demi chez plusieurs malades, en d'autres formes où il n'agit que d'une façon incomplète, détruisant la tumeur sur place et n'empêchant pas son extension dans le voisinage ou sa généralisation au loin.

Il est bien difficile, par conséquent, de se rendre compte de la nature des tumeurs qui guérissent, car on manque forcément de renseignements histologiques sur elles, mais il paraît probable qu'elles doivent différer de celles qui ne guérissent pas définitivement. Si nous appliquons à l'estomac les résultats que nous donnent nos recherches sur le traitement des tumeurs externes de la peau et du sein, nous pouvons alors émettre une hypothèse.

En effet, les tumeurs d'origine épithéliale, cancroïde, épithélioma, lupus rodens, etc., guérissent avec facilité et pour toujours, tandis que les carcinomes, par exemple, ne disparaissent que localement. Ce sont donc peut-être les tumeurs stomacale d'origine épithéliale, soit primitives, soit développées sur d'anciens ulcères, qui guérissent totalement, tandis que celles du type carcinomateux se généralisent quand même. Peut-être nous dira-t-on aussi que nous avons eu affaire à des cas de livite plastique ; mais il ne faut pas oublier qu'à l'heure actuelle, la livite est considérée comme une variété de cancer épithéliale, et qu'elle amène toujours la mort à sa suite. Par conséquent, même si la radiothérapie ne guérit que la livite, elle n'en rend pas moins de très grands services, puisqu'elle lutte contre une maladie mortelle.

Même s'il ne s'agissait chez nos malades guéris que de tumeurs fibreuses développées autour d'anciens ulcères, le résultat obtenu ne serait pas moins appréciable, car l'exemple du comte de Chambord le prouve, on meurt parfaitement bien de ces lésions.

Donc les résultats obtenus par les rayons X dans le traitement des tumeurs de l'estomac, sans être aussi constants qu'on l'aurait désiré, ne sont cependant pas négligeables. Sans aucun doute, ce mode de thérapeutique amènera la guérison de nombreux malades, dès qu'il sera généralisé, et ce sera à une étude plus minutieuse des symptômes cliniques de dire à l'avance quels seront les cas où la terminaison devra se faire d'une façon heureuse.

PROLÉGOMÈNES DE MÉDECINE INFANTILE (*Suite et fin*) (1)

Par le Dr Baumel

Professeur de Clinique des maladies des enfants à la Faculté de Montpellier.

L'examen du testicule n'est pas sans offrir une utilité pratique incontestable : qu'il soit le siège de manifestations précoces de syphilis héréditaire ; qu'il y existe de l'hydrocèle de la tunique vaginale ou au contraire enkystée du cordon ; que le testicule soit atrophié ou que l'on ait affaire à de la chryptorchidie apparente ou réelle.

Celle-ci n'est parfois en effet qu'apparente, le testicule étant assez souvent à l'anneau de chaque côté, ainsi qu'il m'a été donné de l'observer en particulier dans un cas où l'on se préparait à pratiquer l'opération de la chryptorchidie d'autant plus volontiers qu'il existait, d'un côté (à droite) et par moments, une hernie inguinale.

Un simple bandage herniaire était nécessaire dans ce cas, mais encore fallait-il, après avoir fait sortir le testicule de l'anneau, ce qui était assez difficile, empêcher l'anse intestinale de le suivre et bien appliquer la pelote entre les deux, ce qui était relativement délicat.

Tout bandage de ce genre doit être retiré la nuit, sans quoi l'enfant ne pourrait pas le supporter longtemps. Il s'agit de songer à la hernie, au cas où l'enfant viendrait a pleurer, pour la réduire aussitôt ou appliquer exceptionnellement et momentanément le bandage dans ces conditions, s'il paraissait nécessaire.

L'application du thermomètre soulève la question de savoir si l'on doit l'introduire dans le rectum ou si l'on peut se contenter de la température axillaire.

Nous avons toujours eu recours à cette dernière, qui suffit largement dans l'immense majorité des cas, sinon dans tous.

Elle ne présente pas les inconvénients de la prise de la température rectale. Celle-ci nécessite qu'on délange l'enfant, qu'on le découvre davantage. Elle l'expose à des accidents graves si le thermomètre vient à se briser dans le rectum, de même qu'on l'a vu, chez la jeune fille propager la vulvite ainsi que l'a observé dans son service M. le Pr Weil (de Lyon) (2).

Tout cela, nous dira-t-on, est parfaitement évitable, avec certaines précautions. Nous voulons bien l'admettre, mais nous sommes beaucoup plus certain de l'éviter en recourant à la température axillaire, qui ne nécessite qu'une précaution (le thermomètre une fois appliqué) c'est de ramener le coude du petit malade en avant du thorax et de l'y maintenir le temps voulu (dix minutes on un quart d'heure).

Le haut du corps de l'enfant, qu'on n'a dû découvrir légèrement que d'un seul côté, peut d'ailleurs être enveloppé dans un vêtement large et chaud qui recouvre bras et thermomètre, le coude seul devant être maintenu dans l'attitude sus-indiquée.

L'examen du tégument externe présente aussi son utilité en clinique infantile.

L'ombilic chez le nouveau-né, la plante des pieds, la face interne des cuisses et les jambes (en vue des complications dont la plaie ombilicale peut être le siège, de l'érysipèle, de l'érythème interfessier, des manifestations de la syphilis héréditaire, précoce ou tardive) ont besoin parfois d'être examinés avec le plus grand soin.

(1) Voir la première partie dans la *Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale*, n° du 15 juin 1904.

(2) Weil, Congrès de Lyon, 1894.

Il en est de même du tégument tout entier dans l'ictère, la maladie bronzée d'Addison, la plupart des dermatoses observées chez l'enfant.

Nous avons parlé plus haut de l'examen de l'œil (dont il suffit d'écarter les paupières à l'aide du pouce de chaque main), de l'oreille externe, de la bouche; nous en dirons autant de celui des cavités nasales, des narines (polype, coryza syphilitique), enfin de l'aine, de l'aisselle, du cou, où, dans les plis cutanés, se produisent souvent, chez le nourrisson, des ulcérations douloureuses, faciles à guérir, plus difficiles à soupçonner ou à diagnostiquer, sous l'aisselle principalement.

Les cris de l'enfant mettent souvent sur la voie et nécessitent ces recherches minutieuses. Ils indiquent en général la faim, le besoin de dormir, ou la douleur dont il faut rechercher la cause.

Les matières fécales d'un enfant sont utiles à examiner au point de vue de leur coloration (jaune ou verte), de leur composition (grumeaux de lait, substances alimentaires non digérées ou même non mastiquées, vers, œufs, etc.).

Pour l'urine, c'est un peu plus délicat. On peut en obtenir assez facilement toutefois en faisant placer l'enfant, même tout jeune, sur un vase plusieurs fois dans la journée ou en la recueillant directement au moment de l'émission, quand on le lange.

On a également conseillé l'application de coton entre les cuisses, ce qui est à la rigueur possible, à défaut d'autres moyens préférables. On a aussi inventé et préconisé certains appareils collecteurs (tube en caoutchouc de Marfan), dont on peut aisément se passer nous semble-t-il, d'autant plus qu'ils sont parfois malaisés à appliquer.

Sauf dans la coqueluche, l'enfant en général ne crache pas.

De là, pour la pneumonie (crachat rouillé, microbe de Talamon-Frœnkel), pour la tuberculose pulmonaire (microbe de Koch), des difficultés de diagnostic qui n'existent pas chez l'adulte.

Souvent un lavage de l'estomac et un examen bactériologique des mucosités qu'il contient peuvent permettre le diagnostic, étant donné que les enfants crachent dans leur estomac.

Chaque partie du corps enfin peut nécessiter à son tour un examen particulier et attentif. C'est ainsi que la persistance, à l'âge de 2 ans, de la fontanelle antérieure du crâne est donnée par Trousseau comme signe pathognomonique du rachitisme. Nous pourrions en dire autant du simple retard observé dans l'évolution dentaire. C'est ainsi que la microcéphalie, résultant de la suture précoce des os du crâne, se voit chez les arriérés, les idiots, les imbéciles, de même que l'élargissement et la molesse des fontanelles et des sutures s'observe dans l'hydrocéphalie, comme dans le rachitisme céphalique, avec des caractères différents toutefois sur lesquels nous aurons à revenir ultérieurement.

Le thorax est tout aussi utile à bien observer avec ses angusties, ses déformations (rachitiques, pleurétiques, constrictives, etc.), dont il est bon de pénétrer l'origine, de prévoir les conséquences (bronchite chronique, emphysème, atélectasie, cœur droit forcé, tuberculose même), de connaître enfin les modificateurs salutaires.

L'abdomen présente, à son tour, certaines modalités différentes, suivant les divers états pathologiques. Là c'est le gros ventre, résultant le plus souvent d'une hygiène alimentaire défectueuse, avec de la dilatation gastrique et cœcale, de l'hypertrophie des ganglions mésentériques; ici c'est le ventre en bateau, comme dans la méningite, le choléra infantile, la diarrhée chronique; ailleurs c'est le météorisme de la gastro-entérite, de l'adénopathie, de la péritonite.

Enfin l'examen des membres eux-mêmes nous dénote : dans un cas, l'existence de la

paralysie infantile ; dans un autre, celle du rachitisme plus accentué ou localisé sur eux ; ailleurs enfin celle de l'hémiplégie, de l'atrophie musculaire, des convulsions, des douleurs osseuses de croissance, des déformations (pieds bots, mains botes, etc.)

Le facies, par sa maigreur, sa coloration, sa tuméfaction, ses grimaces, met sur la voie de l'athrepsie ou de toute autre maladie de la nutrition, de l'ictère, de la maladie bleue, de l'évolution dentaire même ; de l'albuminurie, de la coqueluche ; enfin des tics, des convulsions, du muguet, ainsi que nous le verrons plus loin.

Le décubitus offre les mêmes significations que chez l'adulte.

Quant à l'interrogatoire relatif à l'état actuel ou aux antécédents du sujet, il n'offre pas grande difficulté lorsque l'enfant est d'âge à pouvoir renseigner, ou lorsque l'entourage, quel qu'il soit, ne l'a pas perdu de vue et a été préposé à sa garde et à ses soins depuis sa naissance ou du moins pendant un temps assez long.

Thérapeutique. — C'est surtout au point de vue de la thérapeutique que la pédiâtrie nécessite l'étude et la connaissance de certains points de détail, sans lesquels le médecin d'enfants peut être plus nuisible qu'utile.

L'axiome *primum non nocere* est surtout applicable à la médecine infantile.

Il ne faut pas croire que chaque médicament se plie facilement aux diverses tables de Gaubius, de Fonssagrives, de Baginsky, dressées pour indiquer la proportion générale du moyen à employer, étant donné l'âge de l'enfant.

C'est pour chaque substance qu'il faut connaître la dose à administrer suivant l'âge du sujet. Cet âge même peut ne jouer qu'un rôle secondaire.

Lorsqu'un enfant de 12 ans, par exemple, par suite d'un développement retardé ou imparfait, paraît n'en avoir que 8, que doit-on faire ? Faut-il s'en rapporter plutôt à l'apparence ou au contraire à la réalité ? C'est évidemment la première qui l'emporte, dans ce cas, sur la seconde.

On a depuis longtemps fait justice aussi de la valeur de cette thérapeutique, employée surtout en médecine expérimentale, qui veut que l'on administre un médicament en proportion des kilogrammes que pèse le sujet considéré.

C'est surtout en pédiâtrie qu'une pareille technique serait souvent prise en défaut ; car elle supprime toute idée d'idiosyncrasie et de sensibilité individuelle. Or, c'est principalement chez l'enfant qu'existe une sensibilité exquise aux modificateurs morbides comme aux modificateurs thérapeutiques.

Certains médicaments, comme l'opium, sont assez mal tolérés, tandis que d'autres, comme la belladone, le sont infiniment mieux et d'une façon même surprenante.

La forme liquide et sirupeuse est celle qui, en général, est le plus facilement acceptée par l'enfant malade.

Les cachets, les pilules, nécessitent un certain effort de bonne volonté et un certain degré d'intelligence, sur lequel on ne peut pas compter en toutes circonstances en pédiâtrie.

Les granules sont assez souvent préférables aux pilules.

Les injections hypodermiques peuvent être employées, à condition de ne pas être trop fréquemment répétées, en raison des inconvénients qu'elles présentent chez l'enfant. Rien n'est en effet plus apte surtout chez les jeunes gens, que l'excitation déterminée par la piqûre, à produire ou à aggraver les convulsions.

Ce procédé est de rigueur toutefois dans la sérothérapie antidiphtérique, les injections de sérum artificiel, etc.

Le vésicatoire a été fortement combattu dans ces derniers temps et frappé d'un ostracisme sûrement exagéré.

Pour notre compte nous nous sommes souvent très bien trouvé de son emploi, principalement dans la broncho-pneumonie aiguë ou chronique, traînante ou fortement dyspnéique, dans l'épanchement pleurétique à résolution lente, etc.

Nous avons toutefois l'habitude de ne pas le laisser trop longtemps appliqué, suivant le conseil de Jules Simon mais sans en réitérer l'application aussi souvent qu'il l'indique (1).

Après 4, 5 ou 6 heures, suivant l'âge de l'enfant, nous faisons enlever le vésicatoire ; on perce aseptiquement la phlyctène en un point déclive ; après quoi, on applique sur celle-ci une lame de coton hydrophile, laquelle n'est enlevée dans la suite que si elle est salie par la suppuration. Dans ce cas, on la remplace par une autre, après avoir lavé la surface du vésicatoire avec du coton hydrophile trempé dans de l'eau boriquée saturée.

Dans le cas contraire, on ne renouvelle pas le coton primitivement appliqué, qui tombe avec l'épiderme soulevé par le vésicatoire.

Les sinapismes ne doivent être que rarement prescrits chez l'enfant à cause de l'excitation qu'ils déterminent.

Le vomitif est souvent, trop souvent, employé en thérapeutique infantile. Comme beaucoup de médecins, nous y avions recours autrefois assez facilement.

L'expérience nous a ensuite rendu sage à cet égard. Depuis que nous avons vu la mort subite survenir chez l'enfant, sans vomitifs sans doute quelquefois, mais surtout après leur emploi. nous avons été amené à cette conclusion, toute naturelle nous semble-t-il :

De même que le vomitif est contre-indiqué chez l'adulte en présence de toute lésion cardiaque, de même chez l'enfant, au cours de la rougeole, de la coqueluche, de la diphtérie, dans l'emphysème, la pneumonie, la bronchopneumonie, la pleurésie, l'adénopathie bronchique, la tuberculose pulmonaire, la fièvre typhoïde, le mal de Pott, la scoliose, etc., il y a lieu de n'en user qu'avec la plus grande modération. Le cœur droit, forcé souvent dans ces conditions pathologiques, ne peut que se mal trouver de la gêne plus grande apportee à son fonctionnement par les secousses, les efforts du vomissement et l'action spéciale exercée sur les vaisseaux pulmonaires et les centres nerveux par les vomitifs, en particulier par l'ipécacuanha, si souvent employé de préférence, avec juste raison, en clinique pédiâtrique.

Les préparations antimoniales (émétique, kermès minéral, oxyde blanc d'antimoine même) doivent être proscrites de la thérapeutique infantile, en raison de leur action contro-stimulante énergique, plus à redouter encore chez l'enfant que chez l'adulte. Nous n'avons eu, pour notre compte, qu'à regretter leur emploi. Nous nous trouvons beaucoup mieux de recourir au benzoate de soude, dont la dose varie avec l'âge du petit malade.

C'est aussi dans la pneumonie qu'on a conseillé, chez l'enfant, l'usage de l'alcool. Ce moyen, que nous employons rarement, nous paraît ne pas devoir rester tout à fait inoffensif. Il peut rendre dans certains cas (à condition de ne pas en prolonger l'administration et de ne pas le prescrire à des doses trop fortes) de signalés services.

Dans la gastro-entérite aiguë et les diverses affections de l'appareil digestif, les alca-

(1) Jules Simon. — Conférences thérapeutiques et cliniques sur les maladies des enfants. 3e édition, Paris, Lecrosnier et Babé, 1889. Tome 1, p. 15.

lins, l'eau seconde de chaux en potion ou dans le lait, enfin les désinfectants, tels que le benzonaphtol, le salicylate de magnésie ou de bismuth (suivant qu'il y a constipation ou diarrhée), sont de la plus grande utilité.

Lorsque, dans un état fébrile quelconque (accident de dentition au autre), le lait est toujours vomi (qu'il soit administré pur ou coupé de tisane ou d'eau bouillie, par 1/4, par 1/3 ou par moitié), il y a tout avantage à recourir, pour 24 ou 48 heures et à sa place (c'est-à-dire toutes les 3 heures), à de la tisane légèrement sucrée. Celle-ci est souvent supportée dans ces conditions, ainsi que nous l'avons fait observer il y a longtemps déjà (1888).

Ce n'est là même que le prélude de ce que l'on a appliqué plus tard sous le nom de diète hydrique. Dans les cas où on la conseille et où nous l'avons prescrite d'une façon trop prolongée à notre avis, nous l'avons souvent supprimée non seulement sans inconvénient mais avec avantage. Nous la remplaçons efficacement quelquefois par les lavages d'estomac quand nous les jugeons nécessaires.

Ce sont les purgatifs dont il faut user modérément en thérapeutique infantile. L'huile de ricin, si facile à dissimuler dans le lait, à faire prendre dans le café chez l'enfant déjà grandet et que nous avons vue accepter pure par des enfants d'un an, a de beaucoup notre préférence.

C'est un purgatif doux qui n'a pas l'inconvénient de constiper après son action purgative, comme le font tous les purgatifs salins, et facile à doser, suivant l'âge des sujets, par cuillerées à café (depuis 5 grammes jusqu'à 30).

On a dit beaucoup de bien du calomel en pédiâtrie. Nous le prescrivons comm purgatif, contrairement à beaucoup de pédiâtres très renommés qui le recommandaient autrefois et sur la foi desquels le prescrivent encore beaucoup de médecins de nos jours.

Je ne l'ai vu commettre que des méfaits, soit qu'il ait été administré à des doses trop fortes par des médecins d'ailleurs fort recommandables, soit qu'il ait produit de la gastro-entérite en tant que sel mercuriel ; or, la gastro-entérite est précisément la maladie de l'enfant contre laquelle ce moyen est manié tous les jours le plus imprudemment.

Son action spéciale sur le foie et ses maladies n'est rien moins que démontrée.

Si nous le conservons en thérapeutique infantile c'est à titre non de purgatif mais d'altérant, employé comme antiphlogistique et *fractâ dosi*, dans la méningite, la péritonite et la plupart des maladies inflammatoires aiguës, en surveillant toutefois très sérieusement son emploi.

Les toniques et les reconstituants comme le quinquina, le fer, le glycérophosphate de chaux, l'arséniate de soude, sont prescrits couramment avec la plus grande efficacité.

Je ne dirai rien des trois derniers, qui nous rendent les plus signalés services : l'un dans l'anémie, dont la cause première doit-être toujours recherchée avec soin (convalescence, croissance, mastication incomplète, gastro-entérite, etc.), ce qui assure l'efficacité du traitement ; l'autre dans le rachitisme, où l'alimentation hygiénique joue un rôle aussi important que le traitement médicamenteux ; le dernier enfin dans la bronchite chronique, les affections cutanées et celles de la nutrition en général.

Une seule remarque doit être faite pour une préparation de quinquina, le vin. C'est qu'en raison de la nécessité où l'on se trouve (pour maintenir dissous les principes actifs et amers du quinquina) d'y ajouter une certaine quantité d'alcool, cette préparation devient plus nuisible qu'utile en pédiâtrie. Cette opinion à laquelle nous nous sommes

depuis longtemps arrêté, a été formulé par Jules Simon drns ses leçons de thérapeutique infantile.

Que de mères cherchent ainsi à stimuler l'appétit de leurs enfants atteints de gastro-entérite, dont elles ne font de la sorte qu'aggraver la maladie.

Le vin en général, même comme boisson hygiénique, ne doit jamais être donné pur à l'enfant, mais au contraire toujours additionné d'eau.

La plupart des vins thérapeutiques doivent, à notre avis et pour ce motif, être exclus de la médecine infantile.

Parmi les préparations de quinquina, nous préférons de beaucoup le sirop pour les plus jeunes, la décoction mélangée au lait ou le sirop lui-même pour les enfants plus grandets.

Nous tiendrons le même langage à l'égard des eaux minérales gazeuses, que l'on prescrit avec une prodigalité inouïe même aux nourrissons, dont le meilleur médicament est incontestablument le lait de la mère ou de la nourrice.

C'est à son détriment que, dans un but louable toutefois et avec l'intention formelle de bien faire, on donne ces eaux. Or, en même temps qu'elles enlèvent l'appétit, elles déterminent l'embarras gastrique et surtout la dilatation de l'estomac.

De là cette dyspepsie des jeunes que la thérapeutique produit si souvent, lorsqu'elle n'existe pas déjà, et qu'elle aggrave toujours, quand elle existe, par les moyens offensifs dont nous venons de parler.

La balnéation et l'hydrothérapie sont souvent très utiles, mais il faut en redouter l'abus.

Autant le bain hygiénique ou de propreté, tiède, est facilement accepté par nous, autant la balnéation systématique et journalière nous déplaît: car, il suffit d'un jour froid et d'une réaction mal faite, pour produire une pneumonie ou une broncho-pneumonie mortelles. Sous ces réserves, les bains hygiéniques, thérapeutiques et médicamenteux (sulfureux, alcalins, au sublimé, etc.) peuvent être prescrits, en surveillant toutefois les doses des subtances employées.

En présence de l'hyperthermie, le bain tiède nous a souvent rendu de réels services, principalement dans celle que provoque, chez les enfants au dessous de deux ans, l'évolution dentaire. Encore doit-on y renoncer, pour les raisons précitées, aussitôt l'hyperthermie disparue.

Les bains sont utiles dans la fièvre typhoïde sans complications; inutiles le plus souvent dans la scarlatine fruste, toutefois au point de vue du résultat final. Ils soulagent du moins momentanément les malades, même dans ce cas.

Les douches doivent être rarement et sagement administrées.

Dans la chorée de Sydenham, où on les emploie quelquefois, je les ai toujours vues aggraver la maladie.

Les spécifiques peuvent et doivent être administrés chez l'enfant (mercure, iodure de potassium, quinine), mais avec certaines précautions que nous indiquerons plus loin aux chapitres : syphilis et fièvres intermittentes.

On abuse des lavements, surtout chez les tout jeunes enfants.

Ces moyens, habituelllement destinés à combattre la constipation, ont généralement pour effet de l'accroître. On les administre en effet tièdes, sinon chauds, et beaucoup trop volumineux. Les lavements, petits et froids, auraient facilement notre préférence.

Nous aimons mieux recourir toutefois aux suppositoires, à la glycérine solidifiée, qui ne présentent pas les mêmes inconvénients : distension, parésie intestinale.

L'opium et ses dérivés peuvent, nous l'avons dit plus haut, être administrés chez l'enfant de tout âge, à une condition cependant, c'est qu'il soient donnés *fractâ dosi* ainsi que le conseille Jules Simon lui-même (1 goutte de laudanum par exemple dans un looch de 120 grammes, à prendre par petites cuillerées et à intervalles réguliers — toutes les heures — jusqu'à effet produit.)

Les désinfectants, internes et externes, peuvent être employés dans bien des cas.

Les pulvérisations sont parfois utiles, comme dans la coqueluche par exemple.

Contre les convulsions, le chloral hydraté, en potion, sera souvent efficace.

Les bromures alcalins, contre l'épilepsie, l'hystérie, pourront être employés comme chez l'adulte, à des doses déterminées, mais avec beaucoup plus de chances de succès, surtout si l'on se rend un compte exact de l'étiologie et de la pathogénie de l'affection.

Contre la tuberculose, le carbonate de gaïacol, en cachets, le cacodylate de soude, l'arrhénal, pourront de bonne heure être administrés utilement; mais le grand air, la bonne alimentation, un séjour dans les sanatoria spéciaux ou les hôpitaux marins, s'imposeront souvent.

Les toniques du cœur (digitale) ne pourront être employés qu'au dessus de deux ans.

La grande préoccupation du thérapeute, en clinique infantile, sera de maintenir intactes les fonctions digestives. C'est vers ce but que devront toujours tendre, non seulement les médicaments employés, mais encore l'alimentation particulière à laquelle le petit malade sera soumis.

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTE DE THERAPEUTIQUE

Séance du 22 juin 1904

Présidence de M. Mathieu

M. Toulouse lit une communication sur la *suralimentation sucrée* en thérapeutique. Il a cherché déterminer la valeur diététique du sucre dans les divers états morbides où il faut combattre l'amaigrissement. Pour cela il a donné le sucre à doses élevées, en plus de la ration d'entretien consistant en aliments ordinaires ou dans le régime lacté. Les doses de sucre ont varié de 50 gr. à 300 grammes par jour, représentant, chez des femmes amaigries, jusqu'à 8 grammes de sucre par kilog du corps.

Les résultats ont été remarquables. Les malades grossissaient, dès l'institution du régime, de 100 grammes par jour en moyenne ; à certaines périodes et chez certains sujets, cette augmentation de poids était de 500 grammes, par conséquent supérieure au poids du sucre ingéré. Des malades ont ainsi récupéré jusqu'au tiers de leur poids, passant en quelques mois de 35 à 48 kilos. Pendant la suralimentation sucrée, l'examen des urines indiquait généralement un abaissement du taux des matières azotées, sans que les rapports paraissent sensiblement modifiés. C'est avec le régime lacté à trois litres par jour que le sucre a eu l'action la plus intense.

Les inconvénients, plus théoriques que pratiques, du sucre (fermentations stomacales, troubles digestifs), n'ont pas été observés. Ces doses élevées de sucre ne passent pas dans les urines, chez les individus sains. Ces expériences montrent que le sucre est un agent prodigieusement actif et sans inconvénients visibles dans tous les états de dénutrition profonde, notamment dans les cas où les individus s'alimentent mal, même par suite de troubles digestifs.

M. Laumonier objecte qu'un régime alimentaire reconstituant doit viser à augmenter la masse de matière vivante, mais non pas à bourrer l'organisme de graisse seulement. En augmentant la ration de sucre en vue d'un travail à fournir, il faut augmenter en même temps la ration minérale et albumineuse.

M. Catillon a établi, dès 1897, qu'en donnant des aliments hydrocarbonés on diminuait les éliminations azotées. En faisant ingérer de la glycérine à des cobayes, il a constaté, chez ces animaux, la diminution immédiate de l'élimination de l'urée.

M. Toulouse répond que plus on donne de substances albuminoïdes à un individu qui maigrit, plus il en élimine. L'inverse se produit avec le sucre qui permet de réaliser de la sorte une épargne réelle de matières albumineuses.

M. Burlureaux demande à M. Toulouse comment il donne le sucre à ses malades.

M. Toulouse répond que les malades mis au régime lacté boivent du lait sucré, ceux qui sont au régime alimentaire ordinaire prennent le sucre à la fin de chaque repas, sous forme de sirop.

M. Danlos demande à M. Toulouse s'il a vérifié si, chez ses malades, le sucre ne s'élimine pas en nature, à l'état de saccharose.

M. Toulouse répond qu'il n'a pas pratiqué cet examen.

Pour M. Bardet, il est bien établi actuellement que la dépense en albumine est infiniment petite pendant le travail. Si on veut faire faire du surtravail à un sujet, il faut se garder de lui donner de l'albumine au-dessus de ses besoins, mais lui donner du sucre. M. Laumonier a dit qu'en donnant du sucre on ne fixe que de la graisse. M. Bardet ne le croit pas : on fixe de l'azote. On peut nourrir les fébricitants en leur faisant ingérer du sucre en grande quantité, comme on constate chez les dothiénentériques.

En ce qui concerne la glycérine, M. Bardet fait observer à M. Catillon que ce n'est pas un aliment. C'est un médicament comparable à l'alcool.

M. Hirtz fait une communication sur un cas de cirrhose du foie guérie par l'*opothérapie hépatique*, dans une précédente séance 32), il avait communiqué l'observation d'un malade guéri de sa cirrhose hépatique par l'ingestion de foie de porc. Cet homme continue à bien se porter.

M. Hirtz présente aujourd'hui un autre cirrhotique qu'il a réussi à guérir par le même moyen. C'est un grand éthylique, âgé de cinquante-deux ans, qui remarqua un jour que ses jambes, puis son ventre enflaient rapidement. A son entrée à l'hôpital, il présentait une ascite très considérable avec une tête de Méduse fortement développée, de la congestion de la base des poumons et de la tendance à la dilatation du cœur droit. Le foie était petit, la rate grosse. On le mit au régime lacté et, en plus, on lui fit ingérer, chaque jour, 120 gr. de foie de porc cru macéré et haché, à prendre dans du bouillon. Plus tard, le malade mangeait du foie légèrement saisi au beurre. Sous l'influence de cette opothérapie, le taux des urines augmenta, en quelques jours, de 400 gr. à 2, puis à 3 litres par vingt-quatre heures. A partir du moment où survint cette polyurie, le malade commença à respirer plus facilement, à mieux dormir. On pratiqua cependant une ponction abdominale. L'ascite ne se reproduisit plus. La tête de Méduse disparut. C'est à peine si on voit maintenant quelques veines dilatées à l'abdomen. La rate est encore un peu grosse. Le foie est petit. Avant le traitement opothérapique le malade n'éliminait que 4 gr. 43 d'urée : il en élimine 19 gr. 23 à l'heure qu'il est.

Cette guérison a été obtenue dans un cas qui, vu le petit volume du foie et la dilatation considérable des veines des parois abdominales (tête de Méduse), paraissait offrir les conditions les plus défavorables pour le traitement. M. Hirtz ajouté qu'il ne peut produire jusqu'ici que deux faits à l'actif de l'opothérapie hépatique dans la cirrhose du foie. Le critérium nous échappe encore complètement pour juger d'avance quels cas sont susceptibles de guérir ou de s'améliorer par ce traitement.

M. Mathieu constate que le malade que vient de nous présenter M. Hirtz est très amélioré, mais ne le croit pas guéri. On voit des cirrhotiques chez lesquels l'ascite disparaît sous l'influence du régime lacté pour se reproduire à la reprise de l'alimentation ordinaire. Il fait remarquer aussi que chez le malade de M. Hirtz les phénomènes hydropiques avaient débuté par les jambes ; on pourrait donc penser qu'ils étaient sous la dépendance d'un trouble général de la circulation.

M. Hirtz répond que son malade s'est mal observé en ce qui concerne l'œdème de ses membres inférieurs. L'augmentation du volume du ventre, qui a dû précéder celle des jambes, lui a probablement échappé au début.

A propos du *chloroforme et de l'anesthésie* M. Pouchet ne veut pas laisser sans réponse certaines assertions émises au sujet du chloroforme dans la dernière séance.

En ce qui concerne d'abord l'oxychlorure de carbone auquel on impute les accidents provoqués par le chloroforme, il est certain que si la production de ce corps était un fait constant, aucune chloroformisation ne se passerait sans accidents.

D'ailleurs, la présence de l'oxychlorure de carbone dans le chloroforme se manifeste aux premières inspirations par un hoquet violent, incoërcible. C'est un signe absolument certain d'impureté du chloroforme et qui doit en faire cesser immédiatement l'emploi.

Les chirurgiens ont tort de vouloir toujours attribuer à l'impureté du chloroforme les accidents qu'ils observent au cours de la chloroformisation. L'anesthésie générale équivaut à une grave opération, et les susceptibilités individuelles y jouent un rôle important.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses

Dr LESAGE

Médecin des Hôpitaux.

L'influence du traitement sérothérapique sur la mortalité par la diphtérie (*Société médicale de Copenhague*, 27 octobre 1903; *Hospitalstidende*, 1903, n° 45). — M. Erik Faber examine la valeur qu'il y a lieu d'accorder aux statistiques publiées; le seul procédé de statistique réellement certain est celui qu'employa Fibiger, qui traita, à la même époque, la moitié de ses malades par la sérothérapie et l'autre moitié par d'autres traitements. L'épreuve donna raison aux partisans du sérum. La statistique personnelle de l'auteur portant sur 3137 cas lui permet d'affirmer que la sérothérapie a considérablement diminué la mortalité, mais que la précocité de l'intervention a une importance capitale. Dans les cas de diphtérie compliquée de croup, l'action du sérum paraît beaucoup moins marquée. Les autopsies des enfants décédés permettent d'affirmer que la sérothérapie a pour effet unique d'empêcher la mort par intoxication. Lorsqu'il y a croup, la mort survient le plus souvent par obstruction mécanique ou par pneumonie, et c'est pourquoi le sérum agit peu dans ces cas.

MM. Jacobœus et Sorensen insistent sur les grandes variations spontanées de la morbidité par diphtérie. En 1860, un cas de la maladie s'étant produit à Berlin, nombre de médecins allèrent l'examiner comme un cas d'une affection rare. Les deux orateurs sont d'accord pour combattre l'opinion de M. Faber, et pour affirmer que l'évolution du croup lui-même est facilitée et rendue moins grave par la sérothérapie.

M. Fibiger trouve que le nombre de paralysies postdiphtériques a augmenté depuis l'introduction de la sérothérapie. Mais il ne faut pas oublier que nous gardons actuellement en vie un grand nombre de cas très graves, de ces cas qui se terminaient par la mort auparavant et qui maintenant peuvent être sauvés, tout en ayant été profondément intoxiqués. Aucun moyen thérapeutique n'a subi une critique aussi serrée que le sérum et, malgré quelques esprits réactionnaires comme Kassowitz, il y a résisté.

R. Wybauw.

Le sulfogaïacolate de potasse dans le traitement de la fièvre typhoïde, par W. A. Molema (*Medisch loeekblad voor Noord-en Zuid-nederland*, 19 mars 1904). — Le sulfogaïacolate de potasse a donné de bons résultats dans divers cas de tuberculose intestinale et d'ulcérations diverses. Ce fait donna à l'auteur l'idée d'administrer le même médicament à 11 malades atteints de fièvre typhoïde lors d'une épidémie dans le Limbsurg hollandais. Il observa : 1° que chez tous, il fut bien supporté; 2° qu'il eut une influence favorable sur les selles; celles-ci devinrent plus normales, moins fréquentes; 3° que la fièvre prit un type rémittent ou intermittent, la température moyenne devint moins élevée; 4° que la bronchite concomitante fut améliorée. Les doses pour 24 heures furent de 4 à 8 fois 50 centigrammes, diluées dans du sirop d'écorces d'oranges. Les 11 malades guérirent. L'auteur décrit en détail les 11 observations et rappelle, non sans malice, que l'on peut abréger le nom de sulfogaiacolate de potasse en l'appelant thiocol, à condition d'augmenter de 20 0/0 les frais du malade, au profit d'un spécialiste suisse. Les résultats sont favorables sans avoir rien de merveilleux, ainsi qu'il le dit lui-même, mais ils sont tels qu'il y a lieu d'espérer une expérimentation sur une plus grande échelle.

R. Wybauw.

La saignée dans quelques complications de la fièvre typhoïde, par Boy Teissier (*Marseille Médical*, 1er juin 1904). — Voici l'intéressante observation de l'auteur : au quatrième septénaire d'une fièvre typhoïde grave chez une

femme de 22 ans, le cœur se met à faiblir et les signes d'une asthénie cardiaque aiguë, se montrent (embyocardie, systole sourde, suppression du deuxième bruit). Pendant quatre jours les applications d'une vessie de glace sur la région précordiale sont continuées et relèvent la systole; malgré cette amélioration, des phénomènes de congestion pulmonaire intense et généralisée viennent compliquer la situation et un état cyanotique, avec dyspnée intense et menace d'asphyxie se montre. La température est à 40°6, l'anurie est marquée, la malade est au plus mal. Une saignée est ordonnée. Quelques heures après, l'amélioration est évidente. Elle se continue et la maladie suit un cours dès lors normal avec guérison quinze jours après. Or, la saignée n'a été que de 250 grammmes, l'interne ayant cru devoir arrêter l'émission, la malade paraissant sur le point de mourir. Il est peu probable qu'une saignée ait une action ni comme agent mécanique, ni agent détoxémisant. L'hypothèse de Robin et Binet, à savoir que toute perte de sang est suivie d'une fixation d'oxygène plus intense et partant d'une oxydation des toxines plus considérable, peut expliquer ces résultats heureux.

Pour Simonin la saignée donne de bons résultats, surtout dans ces formes hypertoxiques de la fièvre typhoïde. Trousseau avait signalé l'action favorable des petites hémorrhagies intestinales chez les typhiques. Boy-Teissier a fait pratiquer une saignée à son malade non parce qu'il était typhique, mais parcequ'il présentait des phénomènes asphyxiques.

L. Jumon.

Traitement préventif du tétanos, par Eisendrath (*Journal of the Ann. M. Ass.*, 14 mai 1904). — Après avoir passé en revue les moyens préconisés comme prophylaxie du tétanos, l'auteur énumère ceux qui lui ont donné des résultats entre les mains. L'indication principale est de convertir une plaie fermée remplie de débris de tissu et de caillots, etc., en plaie ouverte. Pour traiter avec résultat une plaie de manière à prévenir le tétanos, il faut mettre à nu très rapidement tous les tissus qui ont été mis en contact avec le corps contondant ou tranchant, désinfecter et enlever les tissus contaminés. Les injections prophylacliques d'antitoxine tétanique aident l'organisme à combattre les effets des toxines qui ont été absorbées avant l'opération. La désinfection complète ne peut être faite qu'à l'aide de l'anesthésie locale ou générale et lorque les tissus ont été rendus exangues par l'application de la bande d'Esmarch. L. Jumon.

Chirurgie générale

Dr Benoit

Ancien interne des hôpitaux

Amputations ostéoplastiques (*Société de Chirurgie*, séances des 24-26 mai, 1er juin 1904). — Tandis que les questions d'intervention abdominale ou rénale absorbent l'attention de la majorité des chirurgiens, quelques opérateurs s'efforcent d'améliorer la technique des amputations classiques; rien n'est plus désirable que de voir les amputés du membre inférieur tirer un meilleur parti de leur moignon, sans avoir recours à des appareils pesants et compliqués. La sensibilité du bout du moignon, son peu de résistance à la pression directe est le principal obstacle à la création d'appareils trop simples, se bornant à engaîner solidement le moignon, sans aller prendre un point d'appui plus ou moins loin de l'extrémité sectionnée. C'est à la jambe surtout que l'imperfection de la méthode classique éclate et, hormis les cas où la rétraction définitive des muscles fléchisseurs du moignon oblige les opérés à marcher sur le genou plié, on s'efforce d'obtenir la station directe sur le bout du moignon. Est-on près d'y parvenir? Les opinions sont fort partagées. Plusieurs orateurs sont venus lire leurs observations concernant les résultats de l'opération de Gutti, ou amputation ostéoplastique. Cette opération, qui introduit dans l'amputation classique la taille d'une rondelle osseuse prise sur l'os sain au-dessus du point sectionné, pour être rabattue sur la surface de section, donne sans contredit des bouts de moignon plus solides et résistants. Mais plusieurs, M. Lucas-Championnière entre autres, disent qu'on ne peut affirmer que les opérés marchent sur l'extrémité du moignon, puisque le segment du membre amputé est solidement engaîné par l'appareil. MM. Delbet et Tuffier pensent que l'on doit tout faire pour améliorer les moignons, et les résultats que l'on a obtenus réalisent malgré tout un progrès. M. Delbet a fait, depuis 1898, six amputations ostéoplastiques de jambe. Il a pu revoir ses opérés, l'un d'eux trois ans après l'intervention. Tous marchaient exactement sur leur moignon. Il faut signaler pourtant l'irritation locale survenue chez l'un d'eux sous forme d'hygroma fistuleux. Anatomiquement, une réamputation a permis de constater l'adhérence solide de la plaquette osseuse avec la section du tibia. M. Lejars estime que l'*amputation ostéoplastique de jambe* mérite une étude sérieuse, surtout en ce qui concerne les amputations très basses, auxquelles elle est tout particulièrement applicable. A. Benoit.

Traitement des contractures articulaires par la radiothérapie, par Ernst Moser (*Centralblatt f. Chir.*, 11 juin 1904). — Il s'agit de deux cas, l'un très probablement d'effection goutteuse, l'autre de rhumatisme chronique. La première malade avait toutes ses articulations plus ou moins ankylosées. Les articulations du genou surtout étaient tuméfiées et les mouvements limités. Après avoir été exposée aux rayons X pour obtenir un radiogramme, la malade ressentit des douleurs dans toutes les articulations, mais comme la tension paraissait avoir diminué dans les genoux, l'auteur soumit, à partir de ce jour les genoux à l'action des rayons X pendant une minute. Au bout de quatre jours l'amélioration était très marquée, non seulement dans les genoux soumis à l'action des rayons, mais dans toutes les autres articulations, surtout dans les doigts. L'amélioration continua avec le traitement au point qu'elle put marcher sans fatigue pendant une demi-heure. Le traitement paraît avoir eu comme conséquence désagréable l'apparition d'une acné sur le visage.

Le second malade, âgé de 63 ans, était atteint d'un rhumatisme de l'épaule droite et du coude droit. Il fut également soumis aux rayons X, mais sans résultat apparent les premiers jours. On augmenta la durée des séances. Le résultat fut que les douleurs diminuèrent et que la mobilité revint complètement dans le bras malade. On n'avait pas institué d'autre traitement.

Dans le premier cas, la mobilité n'était pas due à la cessation des douleurs, car celles-ci ne disparurent que beaucoup plus tard. L'auteur s'était servi d'un appareil donnant 40 centimètres d'étincelle avec un interrupteur à mercure et un courant de 1 à 4 ampères. L'ampoule était placée à une distance de 10 à 15 centimètres.

L. Jumon.

Opération de Talma pour l'ascite, par Jacobson (*The Cleveland med. J.*, juin 1904). — L'auteur a pratiqué quatre fois cette opération et a eu quatre morts. Un malade est mort d'urémie, l'autre de toxémie, le troisième de causes inconnues. Deux succombèrent dans la semaine de l'opération, l'autre cinq mois plus tard après avoir peut-être été amélioré par l'opération. Un cas d'ascite était dû à la cirrhose hypertrophique, un autre à la cirrhose syphilitique, et deux à la cirrhose atrophique. Le cas de survie est un exemple frappant de ce que peut faire l'omentopexie et les bons résultats obtenu ont servi à faire reconnaitre cette opération comme ayant une grande valeur.

D'après l'auteur la proportion des améliorations consécutives à l'opération est de 49 0/0. L'opération donne de bons résultats dans la cirrhose hypertrophique sans ascite et donne quelque espoir dans les cas d'ascite d'origine cardiaque.

Il est nécessaire pour le succès de l'opération qu'il subsiste un nombre suffisant de cellules hépatiques normales. L'opération doit être praquée dans les premières stades de la maladie avant l'ascite et les complications. Une simple scarification de l'épiploon et de la surface correspondante du péritoine pariétal suffit pour assurer le succès. Le traitement diététique doit être continué après l'opération, et le malade s'abstenir absolument d'alcool.

L. Jumon.

Interventions chirurgicales sur les voies biliaires (*Soc. de chir.*, 1er juin 1904). — Nous avons signalé l'heureuse influence du drainage des voies biliaires, dont on s'est récemment occupé contre l'infection biliaire. M. Lucas Championnière déclare avoir vu les accidents d'ictère infectieux disparaître, à la suite d'une simple laparotomie avec exploration des voies biliaires et sans qu'aucun drainage ait été nécessaire. On peut expliquer ce résultat par le déplacement d'un bouchon muqueux suivi du rétablissement du cours de la bile.

Mais il arrive plus fréquemment, dans le cas où l'on pense avoir affaire à un ictère simple par rétention, que l'on tombe sur des calculs obstruant les conduits biliaires, auquel cas le drainage trouve une de ses meilleures indications.

A. Benoit.

Ptose du côlon transverse (*Soc. de Chir.*, 24 et 26 mai 1904). — De nombreux chirurgiens signalent la fréquence de la ptose du côlon transverse, observée dans les opérations pour appendicite, qu'elle vient compliquer sérieusement. On ouvre le ventre, et, au lieu de découvrir le cœcum dans la fosse iliaque, on trouve une anse du gros intestin qu'il faut relever et maintenir en haut pour pouvoir découvrir la région appendiculaire. La difficulté peut être extrême, si cette anse, comme on en signale un cas, est fixée par une adhérence. Parfois même, dit M. Quénu, c'est l'anse sigmoïde que l'on trouve, masquant le cœcum.

Malgré l'avis de M. Routier, qui croit que l'emploi du plan incliné n'est pas sans inconvénient, sans doute à cause du danger de l'écoulement des liquides en haut, au cours de l'opération, beaucoup préfèrent l'employer, avec une pente faible, pour se mettre à l'abri de cet inconvénient. De fait, on tend à admettre aujourd'hui, de nombreuses études anatomiques

le prouvent, que le côlon transverse décrit, comme anomalie la plus fréquente, une courbe à concavité supérieure qui l'abaisse plus ou moins fortement, sans qu'il y ait à proprement parler ptose de l'intestin.

Quoi qu'il en soit de cette complication, on songera toujours à atteindre le cœcum en suivant la fosse iliaque de dehors en dedans, ou, lorsque l'accès de la région n'est pas possible, en allant à la recherche de la fin de l'intestin grêle; ce sont là les meilleurs points de repère.

A. Benoit.

Traitement des nævi vasculaires par Ad. Besson (*Journal des sc. med. de Lille*, 4 juin 1904). — L'auteur a observé deux cas d'angiomes sous-cutanés chez de jeunes enfants, traités avec succès par deux méthodes différentes. Dans le premier cas un angiome du volume d'une petite noix, occupant la région frontale chez un enfant de 20 mois a été traité par l'extirpation sans incident. Dans l'autre, une tumeur angiomateuse du volume d'une noisette, mais à base diffuse a été traitée par des injections avec la liqueur de Piazza, faites tous les huit jours. Une compression soutenue étant d'abord exercée sur la périphérie de la tumeur, l'aiguille est enfoncée nettement en plein tissu angiomateux et on injecte 5 à 6 gouttes environ, on attend environ une demi-minute à une minute avant de retirer l'aiguille. Il se produit dans la journée une réaction très variable, mais qui peut être assez intense. L'enfant reçut 7 injections de liqueur de Piazza La tumeur s'affaissa et pâlit, présentant des ilots indurés disséminés, donnant la sensation de grains de plomb enchâssés.

On a créé contre les angiomes une foule de procédés : compression sous toutes ses formes, astringents les plus variés, réfrigération, badigeonnages divers avec collodion, alun, huile de croton, acétate de plomb, perchlorure de fer, acide nitrique, etc., vésicatoires, vaccination, incision simple, incision partielle, caustiques, sétons, écraseurs, ligature des branches artérielles, ignipuncture, acupuncture, broiement, etc. Tous ces procédés ont eu quelques succès à leur actif, mais ils se sont montrés le plus souvent infidèles et parfois dangereux. Il faut cependant excepter l'ignipuncture qui a donné des succès assez nombreux.

Trois méthodes doivent surtout retenir l'attention : les injections coagulantes, l'électrolyse, l'extirpation pure et simple.

Les injections coagulantes sont très nombreuses : acide nitrique, chlorure de chaux, alcool, vin, teinture d'iode, acide acétique ou citrique, hydrate de chloral, eau de Pagliari, baume du commandeur et surtout perchlorure de fer. Mais cette thérapeutique a pu donner des accidents très graves, mortels même, attribuables à la migration des caillots sanguin; on évite ces accidents avec la liqueur de Piazza, ainsi composée :

Chlorure de sodium....	15	grammes
Perchlorure de fer.....	25	—
Eau distillée.....	60	—

Voici la technique : l'angiome doit autant que possible, être vidé par la compression qu'on maintient par un simple anneau appliqué autour de la tumeur. L'aiguille de la seringue de Pravaz, chargée de liqueur de Piazza, est alors poussée en pleine tumeur et on injecte 6 à 12 gouttes. On attend une minute pour retirer l'aiguille et 10 minutes pour enlever l'anneau compresseur. Il faut en général plusieurs séances pour obtenir la guérison complète.

L'électrolyse a donné de nombreux succès. On se sert d'une pile de 20 à 24 éléments Gaiffe. Comme pôle inactif, une plaque d'étain de 20 centimètres de côté recouverte de peau de chamois mouillée qu'on applique sur la cuisse du malade. Comme pôle actif des aiguilles en métal inattaquable. Si l'application se fait sur la tête on se servira de pôles concentriques. Pour agir sur la tumeur on se sert du pôle positif qui donne une eschare sèche avec cicatrice retractile. L'intensité est de 20 à 30 milliampères avec des séances de 7 à 10 minutes. Les aiguilles sont d'abord enfoncées dans la tumeur, puis mises en communication avec le fil positif au moyen de serre-fines, en ayant soin d'établir et d'interrompre progressivement le courant. On recouvre la petite eschare d'un peu de collodion iodoformé. Le nombre des séances nécessaires est très variable. Comme l'application est douloureuse, on peut recourir à la cocaïne. Enfin les résultats sont très remarquables.

L'extirpation pure et simple est le procédé de choix. On attaque la tumeur par une incision elliptique circonscrivant la tumeur à une certaine distance du tissu spongieux, et en pratiquant avec soin l'hémostase. Ce procédé convient aux tumeurs bien limitées, n'exposant pas à de trop grandes pertes de sang. L'électrolyse convient aux tumeurs étalées à large base, les injections s'emploient dans les cas intermédiaires.

L. Jumon.

L'ergot en chirurgie, par T. Livingston (*Medical Record*, 21 mai 1904). — Il est à souhaiter que dans toutes opérations la distribution du sang soit régulière dans toutes les parties du corps et qu'il n'y ait une proportion anormale

de sang dans aucune région du corps; on peut obtenir ce résultat en se servant de l'ergot qui contracte les fibres lisses et relève le tonus des vaisseaux. En fait, cette substance fait contracter toutes les fibres lisses qui sont relâchées. L'auteur a préconisé l'usage de l'ergot en chirurgie en 1885, mais on a accordé peu d'attention à ses communications. Les deux états qui sont le plus redoutés par le chirurgien sont l'inflammation et le choc. Dans l'inflammation le tonus des fibres musculaires lisses est insuffisant, et ici l'ergot possède une excellente action. Le choc peut être prévenu d'une façon très efficace par l'administration de l'ergot avant, pendant et après l'opération. On doit l'administrer en injections hypodermiques deux ou trois jours avant le moment de l'opération. Le choc excite les centres vaso-moteurs, rend la circulation languissante, le sang n'est pas oxydé et la surface de la peau pâlit. On peut prévenir les effets en excitant les fibres musculaires lisses par l'emploi de l'ergot, en stimulant l'action cardiaque en réchauffant les extrémités. En employant l'ergot, l'auteur assure que l'on peut continuer l'anesthésie pendant plusieurs heures. On diminue aussi la douleur post-opératoire, les malaises et l'état nerveux. On diminue beaucoup le danger de la paralysie intestinale ou de la paralysie de la tunique musculaire de l'intestin en administrant l'ergot et en appliquant le courant constant. Le délire post-opératoire est efficacement combattu par l'usage de l'ergot. Enfin, dans l'appendicite, l'auteur a recours à ce médicament, aux ventouses scarifiées et aux courants constants.

L'emploi le plus important de l'ergot est relatif à la préparation du patient avant l'opération, pour l'anesthésie, et pour prévenir le choc, l'inflammation, la douleur post-opératoire, le délire et d'autres symptômes.

Pour Wiggin, l'ergot est particulièrement utile dans les opérations abdominales, pour empêcher et prévenir le péritonisme. Harrisson lui reconnaît des avantages en chirurgie surtout pour prévenir la paralysie intestinale. L'ergot, d'après Grad, diminuue et prévient les vomissements qui surviennent après l'anesthésie; il faut le donner avant l'opération surtout lorsque celle-ci doit être prolongée, puis après l'opération, toutes les heures, jusqu'à ce qu'on obtienne des effets physiologiques.

Dans les cas de douleurs post-opératoires, il faudra recourir à la morphine si l'ergot déjà donné n'a pas été suivi de résultat.

L. Jumon.

De l'ivresse par l'éther en chirurgie, par Bert Lönnqvist (*Finska Läkarelittskapets Handlingar*, mars 1904). — Sudeck a décrit en 1901 sous le nom d'ivresse par l'éther (en allemand, Aetherrausch, suédois Eterrus), un procédé nouveau de narcose générale, qui mérite d'attirer tout particulièrement l'attention des médecins praticiens. Il s'agit d'obtenir, par quelques inhalations d'éther, un état de narcose légère, analogue à l'intoxication alcoolique aiguë pendant lequel il est possible d'exécuter des opérations rapides, sans aucun danger pour le sujet. On emploi un masque ordinaire, dans lequel on met 30 cc. d'éther pour les adultes ; on le dispose a quelques centimètres de la face, puis, au bout d'une demi minute, on l'applique intimement sur la figure. Au bout d'une quinzaine d'inhalation, la narcose se produit. Comme elle est courte, car le masque doit être enlevé aussitôt qu'elle se produit, il faut que les instruments soient prêts avant de la commencer.

L'auteur se déclare extrêmement satisfait de cette méthode. Il l'a appliqué chez de nombreux malades, et a toujours réussi, sauf chez quatre alcooliques qui furent réfractaires et pour lesquels il fallut recourir à une narcose profonde. Il arrive souvent que les malades poussent des cris pendant l'opération, mais il ne faut pas s'y arrêter; lorsque tout est terminé, ils déclarent n'avoir rien senti, et ne se souvenir de rien.

La méthode convient pour de nombreuses petites opérations, et se combine très bien avec l'anesthésie locale par le procédé de Schleich. Elle fut aussi employée dans un cas d'amputation du fémur et même pour l'ouverture d'un abcès périappendiculaire.

Les essais d'ivresse chloroformique n'ont pas donné de bons résultats.

R. Wybauw.

Appareil pulmonaire
Cœur et Vaisseaux

Dr G. Lyon

Ex-chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Tuberculose et rayons X, par S. Newcomet (*Therapeutic Gazette*, 15 mai 1904). — L'emploi des rayons X dans les affections tuberculeuses peut être considéré à deux points de vue, sous celui du diagnostic et comme moyen thérapeutique. C'est ce dernier point qui doit être examiné. Les résultats obtenus par ces radiations dans le traitement des tuberculoses locales sont variables et dépendent des conditions environnantes. Lorsque l'ulcération n'est pas

causée par une irritation mécanique, telle qu'une nécrose osseuse, des abcès, les rayons X donnent habituellement de bons résultats. Dans les cas appropriés d'adénite tuberculeuse qui ne s'est pas encore ouverte, l'application prudente des rayons X déterminera souvent la résorption et la diminution des ganglions, mais non leur disparition complète ou leur retour à l'état normal. Bien que l'auteur ait obtenu des résultats encourageants dans la plupart des états tuberculeux, les résultats sont absolument nuls dans la forme la plus commune de tuberculose, la phtisie. Si plus tard, on reconnaît quelque valeur à la radiothérapie dans les maladies de poitrine, ce sera seulement dans les cas au début. Cependant les rayons X apportent du soulagement dans une complication très douloureuse, l'ulcération du larynx. Dans deux cas sur trois, la douleur et la dysphagie disparurent complètement au bout de deux semaines de traitement, mais comme il existait des destructions considérables de tissu, le traitement n'eut aucun effet sur la voix. L'application des rayons X a été assez laborieuse chez les malades ; il a fallu 39 et 35 séances de cinq à dix minutes de durée pour obtenir ce résultat au bout de quatre mois, dans les deux derniers mois on fit des applications sur le thorax, mais sans effet appréciable. Les applications laryngées furent faites sur le cou. Le seul effet fâcheux fut la perte des cheveux et une légère altération de la peau.

Pour les ganglions tuberculeux, l'application a été suivie d'ulcérations difficiles à guérir. En résumé dans certains cas d'engorgement tuberculeux des ganglions l'emploi des rayons X donne de bons résultats, mais il ne faut pas négliger le traitement usité en pareil cas.

L. Jumon.

Résultats obtenus avec l'hydrothérapie chez mille tuberculeux, par Kuthi (*Bl. f. Klin. Hydrothérapie*, mai 1904). — L'auteur s'élève contre le traitement systématique par les douches, appliqué indistinctement à tous les tuberculeux dans quelques sanatoria.

Chez les fébricitants, on a en général prescrit des enveloppements humides du tronc. Ces enveloppements avec linges trempés dans l'eau froide sont laissés 4 heures en place; ils agissent puissamment sur l'hyperthermie, relèvent l'appétit et favorisent le sommeil. Tous les matins, on pratique en outre des frictions avec un linge mouillé successivement sur les diverses parties du corps. Ces frictions améliorent la circulation périphérique et s'opposent aux transpirations.

La douche en pluie est mal supportée par les neurasthéniques irritables : elle est contre-indiquée en cas de tendance à la fièvre, aux hémoptysies, aux pleurodynies.

Les tuberculeux trouvent grand bénéfice aux applications froides sur la région cardiaque, au moyen de tubes de Leiter où même d'une vessie de glace. Cette réfrigération s'oppose surtout à la tachycardie nerveuse ou toxique, à la dyspnée.

Les troubles stomacaux du début de la tuberculose seront combattus pas des applications chaudes épigastriques (tube de Leiter avec eau à 45°, pendant 1/2 h.). Dans certains cas (gastrite atonique), on préférera le froid. Les bains de siège froids, de 3 à 8 minutes combattront avec succès l'atonie intestinale.

E. Vogt.

Syphilis pulmonaire du sommet à type cavitaire : traitement par le Dr Troussaint (*Marseille medical*, 1er juin 1904). — Les observations bien typiques de syphilis pulmonaire ne sont pas très communes ; celle de M. Troussaint est intéressante par les phénomènes cliniques et le résultat du traitement spécifique. Chez le malade en question, un agent colonial, la pneumopathie a éclaté cinq ans après le chancre, la syphilis n'avait jamais été soigné. Le malade était en outre anémié et paludéen ; atteint de toux, il expectora un jour, d'un seul coup une grande quantité de muco-pus, mélangé d'un peu de sang. L'état général était mauvais, température 38°,4 le soir. Traces de syphilides cutanées guéries. A l'auscultation râles sous-crépitants dans toute la hauteur du poumon gauche en arrière et grosse lésion cavitaire dans la gouttière omo-vertébrale avec souffle amphorique, entouré d'une zone de craquements touffus. En avant, sous la clavicule gauche, râles humides avec retentissement du souffle perçu en arrière. Pas de bacilles de Koch dans les crachats. Le traitement spécifique fut institué de suite par des injections de cacodylate de mercure intra-musculaires d'après la formule suivante :

Biiodure Hg.....	0 gr. 01
Iodure de sodium.....	0 gr. 02
Cacodylate de soude.....	0 gr. 05
Eau distillée.....	1 cc.

Il en fut fait trois séries de sept chacune, séparées par un nombre égal de jours de repos. En même temps le malade était soumis à la médication tonique.

Sous l'influence du traitement, les signes généraux et locaux ne tardèrent pas à se modifier. L'expectoration et la toux disparaissaient, et au

bout d'un mois il n'existait plus de signes stéthoscopiques en arrière. La rapidité de la guérison confirmait le diagnostic.

L. Jumon.

Le massage du cœur, par d'Halluin (*La Presse médicale*, 1er juin 1904). — L'auteur estime qu'en provoquant, par un massage du cœur, une résurrection de cet organe chez un sujet qui a rendu le dernier soupir, on peut, dans certains cas, déterminer le retour complet à la vie. Il y a lieu d'espérer des résultats plus satisfaisants encore en combinant l'insufflation pulmonaire avec le massage du cœur.

Pour ranimer un sujet dont le cœur est arrêté, il faut l'absence de lésions incompatibles avec la vie, la persistance de la fluidité du sang et l'intégrité relative des centres nerveux.

E. Vogt.

Le cœur et les émotions; l'anginophobie, par Ch. Fiessinger (*Société d'Hypnologie et de Psychologie*, 16 juillet 1903). — Nombre de malades impressionnables, instruits plus ou moins exactement par les divulgations de la presse quotidienne, sur certaines maladies, en ressentent une émotion profonde; l'angine de poitrine tout particulièrement, qu'ils aient eu ou non une attaque antérieure, est pour eux la cause d'une véritable phobie. Aussi les médecins doivent-ils se montrer circonspects chez les sujets atteints d'angine de poitrine vraie ou fausse et ne jamais prononcer ce nom. Au cas où le sujet serait déjà averti, il convient d'instituer chez lui un véritable traitement moral. Dans le cas de fausse angine, il existe au niveau du thorax des points névralgiques douloureux à la pression qui sont souvent calmés par l'application d'un courant galvanique. Cette action de l'électricité viendra renforcer les paroles du médecin et calmer les malades ; une suggestion active, incessamment répétée, permettra chez les faux angineux, d'aider à la guérison des crises. Chez les vrais, le résultat est plus difficile à obtenir; mais le médecin n'en peut pas moins, par une suggestion incessante, diminuer les phobies que présente le malade par une crise qui souvent n'apparaîtra pas.

P. Sainton.

Le traitement des varices par la marche, par le Dr Marchais, ancien interne des hôpitaux de Paris. (*Acad. de Méd.*, 4 juin 1904). — Le traitement jusqu'ici suivi pour les varices s'adresse non pas aux varices elles-mêmes, mais aux inconvénients ou accidents qui en résultent. Aussi tous ces accidents ou inconvénients réapparaissent-ils, si toutefois on est arrivé à les faire disparaître.

Or, la fatigue, l'œdème, les douleurs, les ulcérations sont dus à l'infiltration péri-veineuse ou périphlébite, causée et développée de plus en plus par l'hypertension veineuse. Si on agit sur la circulation pour l'accélérer, plus d'hypertention, plus d'œdème, c'est-à-dire guérison des varices si elles sont récentes, disparition au moins des accidents si la veine est sclérosée. La physiologie apprend que la marche exerce une influence heureuse sur le cours du sang dans les veines du membre inférieur : il faut donc utiliser la marche, suivant une discipline.

Mais les malades se fatiguent vite parce qu'ils ont de l'œdème et de l'atrophie musculaire. Si on fait disparaître ces lésions par le massage, ils pourront marcher d'un bon pas, une, deux, trois heures par jour, c'est-à-dire faire la cure de marche.

M. Marchais apporte 22 observations démonstratives.

R. Blondel.

Maladies du système nerveux

Dr P. SAINTON

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine.

Traitement de l'épilepsie chronique avec paroxysmes et de l'état de mal épileptique, par J. Vires (de Montpellier) (*Revue générale, Gazette des Hôpitaux*, 13 février 1904). — Le traitement doit être envisagé avant l'attaque et pendant l'attaque.

Avant l'attaque. A) Si le syndrome convulsif est généralisé, on instituera un traitement prophylactique en évitant les causes d'irritation réflexes, lumineuses, sonores, etc. ; on évitera l'autointoxication par les moyens appropriés, on proscrira le surmenage, l'usage des boissons alcooliques. B) Si le syndrome est partiel, s'il s'accompagne d'aura on aura recours à la médication perturbatrice : vésicatoire, cautérisation, ligature du membre, point de départ de l'aura; si l'aura, au lieu d'être périphérique est viscérale, parfois l'ingestion d'eau, d'un peu de sel ou de pain suffira pour prévenir l'attaque; la compression de certains nerfs est souvent efficace. Les sinapismes, la compression des carotides ont été conseillés. Moins recommandables sont les injections de morphine et d'apomorphine, les inhalations d'éther, de chloroforme, de nitrate d'amyle, de bromure d'éthyle de pyridine avant l'attaque.

Pendant l'attaque il faut prendre des mesures de préservation, empêcher les blessures, les chutes, les suffocations. Le malade sera couché sur le dos, la tête renversée en arrière ou dans le décubitus latéral; pour qu'il ne se mutile pas la langue, un bouchon ou un morceau de bois sera interposé entre les dents, le haut de la poitrine sera débarrassé des vêtements qui l'entourent, les fenêtres seront ouvertes. Si l'épileptique se congestionne, devient violacé, il faut craindre la suffocation et attirer la langue avec une pince à langue et faire les tractions rythmées de Laborde. Si l'attaque survient dans un bain, il faut empêcher le malade de plonger. La nuit, il faut se méfier des tentures et des oreillers.

Après l'attaque il faut réduire les luxations ou fractures possibles ; donner des stimulants diffusibles, thé et café.

En dehors de l'attaque il faut s'adresser à la médication antispasmodique : les médicaments employés ne sont que des palliatifs. Parmi les solanées, la belladone seule ou associée au bromure à la préférence ; on peut l'employer soit sous forme d'extrait à doses progressivement croissantes de 0,01 centigramme jusqu'à 0,20 centigrammes et même plus, soit, sous forme de sulfate ou de valérianate d'atropine. La valériane antispasmodique a été longtemps conseillée ; le lavement de valériane (infusion de 10 grammes pour 250 grammes d'eau), le bain de valériane, ont été préconisés. A l'intérieur il faut donner la préférence à l'extrait. L'Assa fœtida a longtemps joui d'une grande réputation pour éloigner les crises convulsives, on la donne en lavements suivant la formule :

Assa fœtida.....	8	grammes
Huile d'olives.....	80	—
Décoction de guimauve.	90	—

Le castoreum et surtout le musc peuvent être de quelque utilité, le musc s'emploie en pilules de 10, 25 centigrammes ou en lavement :

Musc.....	0 gr. 50 à 1 gr.
Jaune d'œuf.....	n° 1
Infusion de valériane.	200 grammes

Les sels de zinc préconisés par Herpin pour la première fois sont un des médicaments les plus puissants contre l'épilepsie, l'oxyde habituellement employé fait partie des pilules de Méglin.

Pour en tirer quelque utilité chez l'adulte, l'oxyde de zinc sera prescrit à la dose de 3 grammes additionnés de 4 grammes de sucre, partagés en vingt paquets ; trois paquets par jour. Chaque semaine la dose est augmentée de 1 gramme jusqu'à la dose hebdomadaire de 15 grammes. Ce médicament a l'inconvénient de provoquer souvent de l'intolérance gastrique. Le nitrate d'argent est moins usité ; il a l'inconvénient de donner aux tissus une teinte ardoisée. Le Selin des marais (Peucedanum Sylvestre) fut aussi bien étudié par Herpin qui le donnait à la dose d'environ 4 grammes de poudre par jour ; le cotyledon umbilicus est moins employé, il n'a pas de valeur marchande et peut être conseillé aux épileptiques pauvres.

Le borate de soude préconisé par Mairet (de Montpellier) réussit mieux dans les épilepsies symptomatiques que dans les épilepsies névroses ; la posologie est de 12 grammes au maximum en vingt-quatre heures ; Mairet se contente d'un gramme pro die. La dose moyenne est aux environs de 2 grammes ; si le borate est donné à haute dose il peut provoquer des accidents gastro intestinaux, des poussées congestives et trophiques de la peau et des muqueuses, voire même de la cachexie et de la faiblesse générale. Comme l'ont montré Féré et Carnot son élimination est très lente. Quant au mode d'administration, comme il est assez peu connu des praticiens, nous citons les formules indiquées par l'auteur :

(1) Borate de soude.....	10	grammes
Glycérine.....	20	—
Infusion de réglisse Qs pour.....	120	cc.
(2) Borate de soude.....	10	grammes
Glycérine.....	20	—
Café fort.....	30	—
Lait sucré.....	80	—
(3) Borate de soude.....	10	grammes
Glycérine.....	20	—
Sirop d'écorces d'oranges amères.....	30	—
Julep.....	90	—

Les Bromures de potassium, de sodium, d'ammonium, de calcium, de lithium, de strontium, de camphre, d'arsenic, de zinc, de nickel, d'or de rubidium paraissent diminuer l'action excitatrice du neurone moteur cortical ; il est exagéré d'en faire un emploi systématique ; le bromure de potassium peut suffire à un emploi pratique. On préfère en général avec Charcot l'association des trois bromures de potassium, de sodium, et d'ammonium. Deux cas doivent être considérés pour l'heure de l'administration ; si les attaques ne sont pas fixes, on donne la plus petite partie au déjeuner, la plus grande au moment du coucher ; si l'heure du paroxysme est connue on donne les deux tiers de la dose dans les deux heures qui précèdent l'heure présumée de l'accès. Ces bromures seront dissous dans l'eau ; les sujets prendront du lait ; en

même temps ils seront soumis à l'antisepsie intestinale par les antiseptiques habituellement usités. La dose dépendra de l'âge du sujet, du nombre et de l'acuité des paroxysmes. Les enfants supportent bien les polybromures 0,50 centigr. de 0 à 3 ans, de 3 à 6 ans 2 gr. 50 à 3 grammes, de 6 à 8 ans 2 à 4 grammes, chez l'adulte et l'adolescent 8 à 12 grammes; il faut tenir compte aussi de la tolérance individuelle, l'examen de la perméabilité rénale et de la fonction hépatique peuvent être utiles. En général on se sert de la méthode de Charcot : 1re semaine 3 grammes par jour : 2e semaine 4 gr. : 3e semaine 5 gr. : 4e semaine 4 gr. Il faut se rappeler que les polybromures doivent être continués, même pendant les maladies de courte durée; que jamais leur dose ne doit être abaissée d'une façon brusque. Il n'est point nécessaire pendant la cure, sauf pour les épileptiques aliénés, de pratiquer l'isolement. Quant à la question de la dose suffisante et nécessaire, pour la fixer, Gilles de la Tourette indiqua le signe de la pupille; lorsque la dose est suffisante, il faut obtenir une réaction lente de la pupille avec dilatation permanente; ce signe s'accompagne de fatigue rapide, de diminution de l'appélit. L'auteur a trouvé le signe de la pupille chez des épileptiques prenant du borate de soude : il se manifeste quand la dose est évidemment insuffisante, il ne paraît donc pas avoir la valeur mathématique que lui attribuait son auteur. Le meilleur critérium est encore la prophylaxie et l'hygiène permettant d'éviter le bromisme. Le bromisme aigu est rare; le bromisme chronique se caractérise par la stupeur, la pâleur de la face, la décoloration des muqueuses. Les digestions sont mauvaises, la constipation est chronique, les pupilles sont dilatées et sans réaction, les poussées cutanées sont fréquentes. Il faudra les éviter par une médication diurétique et spoliatrice convenable : (tisanes diurétiques, lait, lactose, purgatifs salins, lavements purgatifs ; par l'antisepsie gastro intestinale, les bains au permanganate de chaux (10 à 15 gr. par bains). Richet et Toulouse ont pu diminuer la dose quotidienne en supprimant les chlorures de l'alimentation ; Flechsig emploie la médication bromo opiacée; avant la cure le malade est soumis à un régime reconstituant, au repos, au lait. La cure opiacée commence avec 5 centigr., d'opium brut avec augmentation de 3 centigrammes par jour, jusqu'à ce qu'au bout de 7 semaines on obtienne la dose de 70 centigrammes si Flechsig arrive au bout de dix à quinze jours à 1 gr. ou 1 gr. 25 d'extrait d'opium par jour, il institue à ce moment la balnéation tiède ou froide en abaissant la température du bain à 21 ou 22° avec un séjour de 3 minutes; l'hygiène alimentaire est rigoureuse : ni mets épicés, ni alcool, ni thé, café, tabac etc L'inappétence est combattue par la solution d'acide chlorhydrique à 1,5 à 2 pour 100 à la dose d'une cuillerée à bouche une heure avant chaque repas : la constipation est combattue par le massage de l'abdomen, les lavements : puis l'opium est supprimé brusquement. Le bromure est ensuite donné à la dose de 6 à 7 gr., par jour. Cette médication est diversement appréciée : l'opium semble cependant avoir l'avantage d'entraîner une activité plus grande de la circulation, de la respiration, de la thermogénèse et une hypercrinie sudorale. Il est indiqué dans les épilepsies par anémie cérébrale; il est contre indiqué dans les autres syndromes par hypertension et éréthisme vasculaire Betcherew associe l'Adonis vernalis aux bromures ; l'A. nie toute action spéciale à cette association.

Dans l'*Etat de mal épileptique* il faut arrêter rapidement les crises convulsives ; chloroforme, nitrite d'amyle peuvent être employés avec prudence; on pourra associer à la chloroformisation, l'injection de morphine. Les potions chloroformées, les lavements chloroformés ou au chloral, les bromures sont indiqués. Dans le mal épileptique les indications varient ; la saignée et l'injection de sérum artificiel peuvent parfois être utiles.

P. Sainton.

Méthode pour arrêter l'attaque d'épilepsie, par McConaghey (*The Brit. med. J.*, 28 mai 1904). — Un jour l'auteur surprit une nurse fustigeant vigoureusement la partie postérieure d'un partient qui se trouvait dans le stade clonique d'une attaque épileptique et comme il l'interrogeait sur son étrange manière de faire, elle lui répondit qu'elle vit un jour l'attaque s'arrêter brusquement chez un malade sur lequel elle était tombée par accident. L'auteur donna alors l'ordre de tourner le malade sur le côté gauche dès que l'attaque surviendrait. Presque tous les cas furent ainsi traités pendant la période de spasme tonique et dans la plupart des cas les muscles entrèrent immédiatement dans le relâchement, les malades respiraient encore bruyamment, et restaient inconscients pendant un certain temps, mais le spasme clonique ne se produisait pas. On n'obtient pas des résultats aussi satisfaisants en tournant le patient sur le côté droit. Les mêmes malades non traités ainsi avaient des attaques très graves et tombaient invariablement dans un violent état convulsif. On évite ainsi les morsures de la langue et des joues. L'auteur cite enfin un cas

dans lequel la ligature du membre, point de départ de l'aura, réussissait invariablement.

L. Jumon.

Traitement de la neurasthénie par la course en flexion, par F. Regnault (*Société d'hypnologie et de psychologie*, 17 novembre 1903). — La neurasthénie doit-elle se traiter par le repos absolu ou l'exercice ? L'éclectisme semble être adopté en général. Weil Mitchell lui-même ne conseille-t-il pas les mouvements passifs ? Lagrange a montré que lorsqu'ils sont pratiqués trop violemment, ils peuvent aller contre le but proposé. Quand le neurasthénique a été soumis au repos, il faut l'entraîner graduellement à l'exercice physique; les sports exigeant une tension d'esprit sont mauvais. De tous les exercices, celui qui a fourni les meilleurs résultats à l'auteur est la course en flexion, bien étudiée par le commandant de Raoul. Elle a pour but d'éviter la fatigue, tout en accomplissant un exercice physique considérable ; d'obtenir l'exercice respiratoire que donne la course en évitant l'essoufflement ; enfin, d'obtenir, en même temps qu'une gymnastique circulatoire, une sudation abondante pouvant être suivie d'une douche froide ou écossaise. Cette cure est en même temps une cure psychique, elle développe l'énergie du malade et lui donne confiance en lui-même. Elle est un adjuvant de la méthode suggestive. Chez les arthritiques, goutteux, cholémiques, demi alcooliques, petits brightiques, la course devra être prolongée et pourra atteindre 40 ou 60 minutes. Chez les neurasthéniques à hypotension il faudra se montrer très prudent et ce n'est qu'au bout de plusieurs semaines qu'ils pourront faire vingt minutes de course à petite allure.

P. Sainton

Du traitement hydrothérapique de la neurasthénie, par Béni-Barde (*Journal des Praticiens*, 21 mai 1904). — L'auteur recommande de commencer le traitement par la douche tempérante, de 33 à 37°, administrée avec l'appareil hydro-mélangeur, avec pomme d'arrosoir. On la promènera assez longtemps sur les côtés des gouttières vertébrales, de haut en bas, parallèlement à l'axe spinal : on s'abstiendra de tout choc intempestif; on cherchera à engourdir le patient pour le disposer au sommeil. La durée de la douche sera de 4 à 8 minutes : si on dépasse cette limite, on risque de fatiguer les sujets très nerveux au lieu de les calmer. On commence par la colonne vertébrale (2 minutes), puis rapidement on arrose la partie antérieure du corps et on termine par les membres inférieurs.

Après la douche, on essuyera doucement. On peut donner deux douches par jour : il est nécessaire de continuer le traitement longtemps, jusqu'à ce que l'agitation nerveuse ait cédé. A ce moment on peut chercher à combattre la faiblesse de l'organisme. Pour ce faire, on élève, au cours de la douche, la température de 1 à 2 degrés, et on l'abaisse graduellement : toute réaction doit être combattue par de l'eau chaude : ce n'est que peu à peu qu'on arrivera à terminer la séance par un jet d'eau froide.

Si l'épuisement cérébral domine, on évitera de doucher la tête, si le cœur est affecté, on dirigera sur la région précordiale une douche très légère. En cas de troubles gastro-intestinaux, l'application locale ne devra exercer qu'une percussion insignifiante. En cas de localisation génito-urinaire, on associera à la douche tempérée la douche hypogastrique ou périnéale et le bain de siège à eau courante plus ou moins prolongé. L'eau froide sera réservée pour le moment où toute excitation aura disparu.

Les diverses névralgies dont souffrent les neurasthéniques seront combattues par la douche de vapeur, etc.

E. Vogt.

Considérations sur quatre cas de tabes traités par la mercurialisation intensive, par Vaudey, de Marseille (*Marseille médical*, 1er avril 1904). — Les opinions sont encore partagées sur les résultats précis donnés par le traitement hydargyrique intensif. L'auteur est partisan des injections de sels solubles qu'il préfère aux frictions et aux injections de sels insolubles; la solution qu'il préfère est la solution aqueuse de benzoate de mercure, moins toxique, mieux tolérée que le biiodure. Il fait les injections intra-musculaires en commençant par 0 gr. 02 de benzoate et augmente de 0 gr. 01 tous les jours jusqu'à ce qu'il y ait des symptômes d'intolérance. La dose limite étant ainsi fixée, il revient à la dose de la veille pour s'y maintenir définitivement. Sur 4 malades traités, l'un a reçu 500 injections en moins de trois ans, les trois autres 300 environ. Trois de ces malades étaient des syphilitiques avérés; le quatrième niait tout antécédent. Tous étaient à la période d'incoordination; ils ont vu leurs symptômes s'amender et certains disparaître.

Le traitement ainsi compris exige beaucoup de patience de la part du malade et du médecin; il doit être continué non pas pendant des mois, mais pendant des années.

P. Sainton.

Sur divers cas de manie aiguë. Mise en liberté des aliénés criminels, par le Dr Joffroy, Clinique de Sainte-Anne (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratique*, 10 février 1904). — L'auteur insiste sur un point de pratique des plus délicats. Un malade considéré comme un alcoolique à allures bizarres, en réalité atteint de délire systématisé de persécution, fut amené à l'asile, après avoir tué sa femme. A ce propos, l'auteur fait remarquer qu'il existe des cas complexes où l'alcoolisme et le délire de persécution se combinent; l'aliéné alors réticent peut être considéré comme guéri. Ainsi un de ces malades, valet de chambre, buveur, ayant eu des idées de jalousie, fut mis en liberté; le soir même, en rentrant chez lui, il tua sa femme. L'alcool jouait donc un rôle peu considérable dans les accidents. Interné de nouveau, après plusieurs années, il put paraître guéri; c'est à ce moment qu'il fit une tentative de meurtre sur le médecin qui ne voulait pas signer sa sortie. Il est probable que cet homme essaiera de tuer de nouveau chaque fois qu'un obstacle se dressera devant lui.

On peut donc mettre en liberté certains aliénés criminels, les alcooliques simples, lorsque les idées de jalousie, le délire de persécution tiennent uniquement à l'imprégnation éthyque. Mais il faut toujours s'assurer de la guérison prolongée de ces malades; si sous l'influence de nouveaux excès surviennent les cachemars, l'inquiétude, l'agitation et l'insomnie, puis des idées de jalousie, il faut procéder de suite à un nouvel internement. Les malades atteints de délire chronique de persécution resteront indéfiniment dangereux

P. Sainton.

Traitement hypnotique dans les maladies organiques incurables, par A. A. Pewnitzky (Saint-Pétersbourg). — **Travail de la Clinique de M. A. Betcherew** (*Revue de l'hypnotisme*, juin 1884) — La suggestion est facile à obtenir chez les sujets atteints de maladies incurables et particulièrement de maladies incurables du système nerveux; la suggestion dans l'hypnose est susceptible d'amener des résultats. L'auteur cite des cas où l'hypnotisme eut une action favorable sur l'état psychique au cours d'atrophies musculaires, de méningomyélites transversales; dans un cas de tabès, la suggestion eut une influence heureuse sur la marche. Il en fut de même dans des méningoencéphalites et chez des tuberculeux. Il ne faut point se priver d'un moyen si utile et rejeter l'hypnose, beaucoup plus efficace dans ces cas que la suggestion à l'état de veille.

P. Sainton.

Usage et abus des hypnotiques, par Blair-Stewart (*Journ. of the Amer. Med. Ass.*, 21 mai 1904). — Il n'existe pas de traitement rationnel de l'insomnie en dehors des indications qui résultent de la recherche des causes de ce symptôme. L'insomnie de l'indigestion aiguë, de la fièvre, de l'otalgie, etc., exige que l'on supprime d'abord les causes de ces différents états au lieu de recourir immédiatement à l'emploi routinier de quelque remède en vogue. Les massages légers, les bains chauds, les frictions huileuses chaudes au moment de se coucher rendront souvent les médicaments inutiles. Il est dangereux de prescrire de l'alcool même en petite quantité pour provoquer le sommeil. Il y a toujours le danger qui résulte de l'habitude et dans ce cas il faut augmenter les doses sans que le sommeil ne cesse d'être agité. Tous les hypnotiques usuels sont des dépresseurs de la fonction cardiaque et ne peuvent être employés qu'avec prudence. Les deux hypnotiques les plus inoffensifs sont peut-être le trional et le sulfonal en ce que leurs actions accessoires sont peu marquées. Une bonne aération de la chambre à coucher, la suggestion hypnotique et une tasse de bouillon ou de lait en se couchant donnent souvent de bons résultats.

L. Jumon.

Maladies vénériennes

Maladies de la Peau

Dr MOREL-LAVALLÉE

Médecin des Hôpitaux.

Dangers du traitement de l'épithélioma au moyen des rayons X, par S. Mendes da Costa et Th. Passtows (*Medisch weekblad voor Noord en Zuidnederland*, 23 avril 1904). — L'action physiologique des rayons X n'est pas élucidée. On suppose qu'une application faible excite la vitalité des tissus, tandis qu'une application forte les désorganise et les tue. Malgré l'ismorégulateur de Villars, le spintermètre de Béclère, le radiochromomètre de Benoist et les pastilles de Holzknecht, le dosage est encore imparfait. De plus, la sensibilité de la peau varie beaucoup chez les divers sujets. L'expérience clinique montre que l'on peut faire disparaître en peu de temps certains épithéliomes par l'emploi des rayons X, mais on ne peut généraliser le traitement à tous les épithéliomes : il est arrivé dans plusieurs cas que la maladie ne se modifia en aucune façon ; dans d'autres cas elle prit au contraire une extension rapide. L'au-

teur relate deux intéressantes observations. La première est celle d'une femme atteinte de syphilis tertiaire et d'un épithélioma dont le diagnostic microscopique ne laissait aucun doute. Le traitement radiothérapique amena une réaction intense, la fonte de l'épithéliome, mais la production d'une infiltration considérable tout autour de l'ancienne plaie : un ulcère énorme envahit rapidement la face, et guérit complètement par le traitement spécifique. Chez le deuxième malade, les rayons X provoquèrent une aggravation rapide de l'ulcère épithéliomateux : la mort s'ensuivit par cachexie.

Malheureusement, dans l'état actuel de la science, il n'est pas possible de fixer des indications précises pour le traitement par la radiographie. L'auteur se rallie aux conclusions de M. Oudin qui, dans la séance du 3 mars 1904 de la Société française de dermatologie conseille d'exposer les grands carcinomes aux rayons X pendant un temps court, et de laisser entre les séances un intervalle suffisant pour que les produits résorbés puissent être éliminés.

WYBAUW.

Dermite artificielle traitée par la déchloruration, par P. RAVAUT (*Gazette des hôpitaux*, 26 avril 1904). — En présence des heureux résultats obtenus dans le traitement des œdèmes brightiques par la cure de déchloruration, M. Ravaut a songé à appliquer la méthode au traitement de certaines dermatoses ayant pour principaux caractères une exsudation interstitielle dermo-épidermique avec ou sans suintement séreux et formation de croûtes. Il a pris comme type une dermite artificielle de blanchisseuse avec lésions eczémateuses, des avant-bras, des cuisses et s'accompagnant d'une grosse infitration séreuse du tissu cellulaire sous-cutané. C'était le cas type susceptible *a priori* d'être amélioré par la déchloruration. Une malade de 48 ans, blanchisseuse présentait aussi des lésions qui avaient résisté à divers traitements ; elle ne présentait aucun symptôme d'insuffisance rénale et dans ces conditions on essaya chez elle le régime déchloruré.

Pendant les deux jours du traitement les lésions ne se modifièrent pas, seuls les chlorures urinaires baissèrent progressivement ; le troisième jour le prurit diminua et le cinquième le suintement, les œdèmes et le prurit avaient complètement disparu ; la peau était encore rouge, épaisse, mais ne se laissait plus déprimer par la pression du doigt. Le régime déchloruré étant maintenu, la rougeur et l'infiltration disparaissent de plus en plus. Au dixième jour, un peu de prurit pendant quelques heures sous l'influence d'un orage, les jours suivants les lésions disparaissent à peu près complètement. A la contre-épreuve, c'est-à-dire à la reprise du régime chloruré, les symptômes firent leur réapparition dès le cinquième jour, et ne disparurent qu'après la déchloruration. L'expérience était absolument démonstrative.

En ce moment l'auteur applique le traitement à diverses dermatoses, sans avoir la prétention de croire qu'il y aura lieu de le généraliser en dermatologie. Il reste à établir quelle est la valeur du traitement, s'il peut procurer une guérison définitive ou seulement une amélioration temporaire.

L. JUMON.

Traitement de l'ichthyose congénitale grave (*Club des pédiâtres de Vienne*, 31 mai 1904). — Le Pr MONTI a présenté un enfant de 8 ans, qui fut guéri en 2 mois d'une ichthyose grave, grâce à des injections quotidiennes de pilocarpine (1 mgr. par injection) et des applications externes de spermaceti et lanoline, āā. En outre, on donnait chaque jour un bain tiède.

Actuellement, la peau est partout normale, mais on continue à faire deux injections par semaine par mesure de précaution.

E. VOGT.

Remarques sur le traitement de la syphilis cérébrale par BROADDUS PRITCHARD (*Medical Record* 14 mai 1904). — L'auteur a en vue ici surtout les paralysies cérébrales de cause syphilitique. Etant donné un patient âge de vingt-cinq à quarante-cinq ans, affecté d'une forme quelconque de paralysie intra-cranienne, qui a été précédée de céphalalgie, d'exacerbation nocturnes, associées à du vertige et de l'insomnie survenant durant la première partie de la nuit, la paralysie survenant pendant le sommeil, la céphalalgie et l'insomnie disparaissant après l'attaque de paralysie, c'est la syphilis qui est en cause.

Le traitement de la syphilis intra-cranienne est très simple en ce qui concerne les médicaments, puisque l'iodure de potassium et le mercure seuls donnent des résultats constants. Bien que l'auteur préfère de beaucoup l'emploi de l'iodure, il reconnait que le mercure peut parfois être d'une utilité plus grande. D'après ses observations, il regarde le mercure comme plus indiqué que l'iodure lorsque le développement de la maladie nerveuse est à une époque rapprochée de l'accident initial, au contraire plus long est l'intervalle entre le chancre et la paralysie et plus le traitement ioduré est indiqué. L'auteur emploie néanmoins les frictions mercurielles dans les interruptions du traitement

ioduré. Il donne l'iodure de potassium à de très hautes doses et ne renonce à son emploi que si ces fortes doses sont inutiles. L'iodisme est rarement un obstacle au traitement de la syphilis nerveuse, ce qui tiendrait à la façon de prescrire le médicament. L'auteur emploie toujours une solution saturée d'iodure de potassium chimiquement pur. Il commence par vingt gouttes après le repas, puis augmente de trois à dix gouttes par jour suivant la gravité du cas. Le véhicule est changé tous les trois jours, les deux premiers jours l'eau sert à la solution, les deux jours suivants on prend du lait comme vehicule, puis de l'eau de Vichy, d'Apollinaris et on recommence le même cycle. Si l'iodisme survient à un degré extrême, le traitement est interrompu pendant deux jours, puis il le reprend en doublant les doses. Le malade prendra ainsi une plus forte quantité d'iodure avant que l'iodisme survienne. Celui-ci se montre plutôt avec des doses fixes, quoique modérées, que lorsqu'on donne l'iodure à doses progressives. C'est ainsi que l'auteur a pu donner 36 grammes d'iodure et plus chez un malade atteint de méningomyélite sans phénomènes d'iodisme.

L. Jumon.

Maladies des Voies urinaires

Dr CHEVALIER,

Chirurgien des hôpitaux,

Ancien Chef de clinique de la Faculté

Blennorrhée a gonocoques. Orchite. Rétrécissement de l'urèthre, Prostatite infectieuse. Bacilles. Guérisons, par Benoit (du Martouret). (*In Ann Gen. Ur.* 1904 p. 707. — Un homme de 41 ans contracte en 1889, une blennorrhagie avec orchite droite, puis gauche. Pendant trois ans il est soumis à des traitements variés, et à la longue s'améliore. En 1896, recrudescence de l'écoulement traité par des instillations argentiques. En 1898 uréthrotomie interne. En 1902, nouvelle blennorrhagie à gonocoque traitée sans succès par le permanganate, les balsamiques, les instillations, etc., pendant la plus grande partie de 1903. En août 1903 le malade devenu neurasthénique, de ce fait, est envoyé au Martouret. Le 23 août il prend le premier bain de vapeurs résineuses de 45 minutes et ingère dix verres d'eau de la source « La Virginale » (genre Evian). Jusqu'au 14 septembre ce traitement est fait quotidiennement. Après quoi l'examen bactériologique a montré que les secrétions si riches en gonocoques auparavant. étaient libres de toute espèces microbiennes. Guérison.

E. Chevalier.

Le massage de la prostate est-il utile ou nuisible, par W. Schneider (*Fortschritte der med.*, 10 juin 1904).—Depuis Thure Brandt et d'autres, le massage de la prostate n'a cessé d'être recommandé par nombre d'auteurs contre la prostatite chronique dans l'hypertrophie de la prostate, et même dans les névropathies sexuelles. D'un autre côté, certains auteurs le rejettent. On le considère même comme contre indiqué dans la tuberculose de la prostate, et surtout dans la prostatite aiguë.

Grosglik rejette le massage dans la prostatite chronique, car il n'a obtenu aucune amélioration après 30 à 70 séances chez cinq malades. Buschke croit que le massage aggrave les symptômes. D'autres le tiennent pour inutile et pensent qu'il peut réveiller le processus, augmenter les troubles nerveux, déterminer l'épididymite et la cystite, Kruger a vu dans deux cas survenir une albuminurie passagère.

Cependant, la plupart des médecins considèrent le massage comme le meilleur et le seul traitement de la prostatité chronique, L'auteur a vu guérir par le massage de la prostate un certain nombre de malades qui avaient été traités sans succès pendant des mois par des injections et des lavages. Il est difficile de dire en combien de temps une prostatite peut guérir par le massage, cela peut varier de quelques semaines à quatre mois. Le traitement réussit moins dans les prostatites où le gonocoque n'est pas en cause. Mais on observe, en général, une amélioration des symptômes : l'urine est plus claire, les gonocoques et les leucocytes disparaissent de la sécrétion prostatique qui devient peu à peu épithéliale. En ce qui concerne la technique, les meilleurs résultats sont donnés par le massage digitàl qui permet de sentir les foyers ramollis de la glande et de les exprimer, tandis que les points durs doivent être ramollis par un massage prudent.

Le résultat du massage tient d'une part à l'expression de la sécrétion morbide, d'un autre côté la résorption des produits morbides se fait plus facilement par suite d'une meilleure circulation.

Les névroses ne s'améliorent par le massage que lorsqu'elles sont la conséquence directe de la prostatite, car l'état des véritables neurasthéniques s'aggrave par le massage. La rupture d'une paroi glandulaire sous l'influence de la pression du doigt peut réveiller l'acuité de la maladie, toutefois, les accidents cèdent habi-

tuellement en quelques jours sans laisser de troubles. Il peut survenir de la cystite, si on refoule la sécrétion dans la partie postérieure de l'urètre et de là dans la vessie. De la même manière, le massage peut parfois produire une épididymite. Naturellement, il faut suspendre le traitement lorsque cette complication arrive. On éviterait cette complication en faisant suivre le massage d'un lavage de la vessie, par exemple, avec du permanganate de potasse ou en faisant uriner le malade après le massage.

Beaucoup de prostatiques montrent une tendance spontanée à la guérison, c'est ce que font remarquer les adversaires du massage. Il n'est cependant pas douteux que le traitement accélère la guérison et qu'on guérit plus souvent les malades avec que sans massage, et dans beaucoup de cas ce mode de traitement est le seul qui puisse procurer la guérison. Le massage est absolument contre-indiqué dans la prostatite aiguë et dans ce cas d'épidydimite, dans l'hypertrophie et la tuberculose de la prostate, ainsi que dans les névroses génitales qui ne procèdent pas de la prostatite.

On ne peut pas toujours éviter les complications consécutives du massage. Si l'épididymite et la cystite surviennent, on pourra les combattre en injectant des solutions antiseptiques dans l'urètre postérieur. L. Jumon.

Des ruptures intrapéritonéales de la vessie sans fractures du bassin dans les contusions abdominales, par Dambrin et Papin (*In Ann. Gén. Ur.*), 1904, p. 416-721. — Ces ruptures qui siègent de préférence sur la région postérosupérieure par suite de la prédisposition anatomique que crée la distribution musculaire de la vessie en cette place, sont justiciables d'un traitement chirurgical ; celui-ci ne comporte qu'une seule contre-indication ; l'état de shock très marqué du blessé, qu'il faudra d'abord remonter avant de le soumettre au traitement opératoire.

L'opération sera la laparotomie médiane sous-ombilicale, puis on évacuera l'urine et le sang épanchés, on assèchera la région, on cherchera le siège de la rupture, habituellement sur la face postérieure et supérieure de la vessie. On fera la suture de la déchirure, en utilisant s'il le faut (à ce moment seulement) la position renversée dite de Trendelenburg. Il n'est pas utile ordinairement d'aviver les bords de la déchirure. On fera avec une aiguille fine, du catgut fin ou de la soie, une suture à points séparés, sur deux places : un comprenant toute la paroi de la vessie, y compris la muqueuse, un second par dessus fait suivant le procédé de Lembert pour l'intestin.

On placera une sonde à demeure pendant une huitaine de jours, pour drainer la vessie (en ayant le soin de la changer plusieurs fois).

On pourra, exceptionnellement, maintenir un drainage sus-pubien de la vessie, si le cathétérisme n'est pas possible.

On terminera par la suture de la paroi abdominale, accompagnée ou non d'un drainage de la cavité de Retzius.

Les auteurs ont rassemblé 78 cas opérés avec 44 guérisons et 34 morts.

E. Chevalier.

Les nouvelles recherches pharmacodynamiques sur la fonction du rein et ses rapports avec l'action des diurétiques, par C. G. Santesson (*Upsala läkareförenings forhandlingar*, 1903). — L'auteur résume d'une manière très claire et très complète les derniers travaux relatifs au mécanisme de la sécrétion urinaire, et conclut que la théorie de Ludwig semble gagner de plus en plus de terrain, alors que celle de Heidenhain est reléguée au second plan. D'après cette théorie, légèrement modifiée par des expérimentations récentes, il se produit dans le glomérule une abondante filtration d'eau, ainsi que des substances cristalloïdes, telles que la plupart des sels, et le sucre injecté dans le sang ou produit par le diabète pancréatique. Une sorte de sécrétion a lieu de plus dans l'épithélium des canalicules, sécrétion qui élimine, grâce à l'activité cellulaire, des substances se trouvant dans le sang combinées à des colloïdes, mais qui sont libérées dans l'épithélium : les phosphates sont dans ce cas, ainsi que le sucre qui s'élimine sous l'influence de la phloridzine. Cette substance aurait, en effet, pour effet de rendre les cellules rénales capables de séparer le sucre des combinaisons colloïdes normales, dans lesquelles il est contenu. Dans les tubes rénaux, il se produit enfin une réabsorption plus ou moins considérable de liquide. La quantité réabsorbée de cette manière dépend de la lenteur de la filtration, et est diminuée lorsqu'un diurétique augmente la filtration glomérulaire. Un diurétique de ce genre a donc pour effet d'augmenter la quantité absolue des substances fixes éliminées, tout en diminuant la quantité relative contenue dans l'urine.

D'après Loewi, il n'existe aucun diurétique qui agisse sur la sécrétion canaliculaire (des colloïdes). Un diurétique ne peut donc agir que par l'un des trois mécanismes suivants : 1° Il transporte dans le sang une grande quantité d'eau contenue dans les espaces lymphatiques et augmente ainsi la quantité d'eau libre du sang, c'est-à-dire la quantité d'eau non liée à des colloïdes ; 2° il accélère et augmente la cir-

culation du sang dans le rein, soit par un effet local, soit par une augmentation de la pression sanguine générale (digitale); 3° il diminue la réabsorption : les sulfates, phosphates, l'urée. la caféine, la diurétine agiraient de même; on arrive à expliquer leur action de cette manière, par exclusion. En effet, ils ne modifient pas la circulation rénale et n'excitent pas la fonction glomérulaire. On pourrait les comparer aux purgatifs salins non résorbables, sels de métaux alcalins terreux; ils provoquent véritablement une sorte de diarrhée rénale.

R. Wybauw.

Gynécologie et Obstétrique.

Dr R. BLONDEL.

Chef de laboratoire

à la Maternité de la Charité.

Imperforations des voies génitales; leur traitement d'urgence (*Journal de médecine*, 10 mars 1904). — Dans une recente clinique, M. A. Broca étudie les symptômes observés chez les jeunes filles atteintes de cette malformation. L'esprit du clinicien s'oriente du bon côté lorsqu'il voit les douleurs abdominales se répéter aux périodes menstruelles. Mais il est un autre symptôme initial qui est presque toujours accusé, c'est la difficulté pour uriner allant jusqu'à la rétention d'urine complète. Lorsqu'on est appelé à sonder la jeune fille, on trouve le ventre plus ou moins ballonné et, en outre, siège au-dessus du pubis une tumeur arrondie en forme de dôme, surmontée d'une petite tête, reproduisant la forme d'une brioche. Il s'agit de l'utérus refoulé en avant et assez souvent à gauche. Il s'agit là d'un *hematocolpos*, le sang étant accumulé entre l'utérus et la cloison oblitérante. Car l'utérus, et encore moins les trompes, ne sont pas distendus. On sent par le rectum la tumeur arrondie formée par la poche. A l'examen direct, on voit bombée entre les lèvres une tumeur ou la palpation bimanuelle révèle une fluctuation manifeste,

Lorsqu'il ne s'agit que de la simple *adhérence des petites lèvres*, ce que les mères expriment en disant que « la petite nature est fermée » il est rare que l'on ait des accidents de rétention menstruelle. Il suffit d'écarter les grandes lèvres avec les pouces pour rompre cette mince lamelle épidermique qui cache l'hymen normal.

En second lieu, c'est le cas de M. Broca, l'hymen est la cause de la rétention. On voit alors qu'il se confond avec la surface visible de la tumeur. Le traitement consiste, après avoir reconnu les dimensions de la poche par le toucher rectal, à faire tout simplement et avec les précautions antiseptiques voulues, l'incision médiane, sur toute la longueur de la vulve. Il s'écoule une quantité parfois considérable de sang noir et l'on peut explorer le vagin et se rendre compte de l'état des organes génitaux internes, le plus souvent normaux ici, puisque la menstruation s'est établie. Tout n'est pas fini et il faut avoir soin, avant de terminer, de suturer la muqueuse vaginale à la muqueuse vulvaire sur les deux côtés de la section.

En troisième lieu, il faut ranger les *imperforations* qui siègent *au vagin*. Lorsqu'elles siègent très bas, celles-ci pourraient offrir certaines difficultés de diagnostic, avec les imperforations hymenéales. Il faut rechercher soigneusement le relief de l'hymen: on le trouvera toujours au devant de la tumenr, plus ou moins déformé par la pression. Lorsque la cloison vaginale est plus haut placée, une telle confusion n'est guère plus possible. Cette dernière malformation, d'un caractère plus grave, est souvent accompagnée d'atrophie de l'utérus ou des annexes; aussi est-il indispensable, avant de tenter la création d'un canal utéro-vaginal, permettant l'abouchement de l'utérus, de s'assurer de l'état des organes génitaux internes. Cette question vient d'être portée à la Société de chirurgie (1er juin 1904) à l'occasion d'un cas de M. Fournier (d'Amiens). La tentative d'autoplastie vaginale avait échoué; la laparotomie montra l'atrophie des organes et permit de faire la castration.

M. Hartmann, dans les cas d'imperforations vaginales, voudrait que l'on fît en règle la laparotomie exploratrice; car cette opération nous renseigne sur le développement de l'utérus et des annexes et permet en outre de refouler l'utérus en bas, au cas où la restauration est possible. M. Tuffier joint à cette technique, évidemment la meilleure, à ce qu'il nous semble, un perfectionnement inauguré par Nové Josserand pour l'hypospadias. Il prélève sur le bras ou la cuisse une greffe de Thiersch et la fixe autour d'une sonde qu'il place à demeure dans le canal cervico-vaginal, créé par l'autoplastie. Il a vu l'apparition des premières règles suivre de près cette intervention dans deux cas.

A. Benoit.

Choix d'un procédé chirurgical dans les suppurations pelviennes chez la femme, par le Dr Enrique Nunez (*Revista Medica Cubana*, juillet 1903). — Dans un travail qu'il a communiqué à la Société des Etudes cliniques, l'auteur a fait

connaître que jusqu'à ce jour, dans sa pratique personnelle, il avait traité chirurgicalement un total de 218 cas de suppurations pelviennes chez la femme.

Ces interventions se divisent en quatre groupes : 1° 86 *colpotomies*, dont 9 avec extirpation unilatérale des annexes, 3 avec extirpation double, et 74 cas d'évacuation avec drainage ; 2° 47 *hystérectomies vaginales*, avec deux décès, un par hémorragie 40 heures après l'opération, par suite de la rupture d'une pince, et le second par accident chloroformique ; 3° 76 *laparotomies*, dont 20 avec ablation unilatérale des annexes, 32 avec ablation double, et 24 hystérectomies avec castration. Dans ce groupe, il y a eu aussi deux décès, un par péritonite consécutive à l'ablation double pour tuberculose suppurée tubo-ovarique, et l'autre par péritonite généralisée, préexistante à l'hystérectomie, par suppuration des annexes et rupture d'une trompe purulente ; 4° *incisions abdominales*, afin d'aborder la collection par le point le plus accessible.

En présence de types cliniques si variés, l'interprétation clinique différente et la conduite thérapeutique des chirurgiens s'explique parfaitement. Le mode d'intervention ne doit être décidé qu'après l'observation minutieuse de la malade et l'évolution du processus, après avoir eu soin de bien localiser le foyer purulent et de bien examiner l'état anatomique de l'appareil génital. Pour arriver à cette conclusion logique, le gynécologue devra se dépouiller de cet esprit dogmatique, qui semble, dans ces dernières années, dominer dans le domaine du traitement des suppurations pelviennes.

F. Bérini.

Dégénérescence cancéreuse du moignon utérin (*Soc. de chir.*, 1er juin 1904). — M. Richelot a participé à la discussion qui eut lieu l'année dernière et mit en lumière les *dégénérescences cancéreuses du moignon utérin, après l'hystérectomie subtotale*. Il revient sur ce sujet à l'occasion d'un cas récent. En juillet 1899, il fit l'hystérectomie subtotale pour *fibrome* chez une femme qui guérit fort bien. Or elle vient de voir paraître, il y a quelques semaines, un petit suintement sanguin. Après biopsie, on a constaté la dégénérescence cancéreuse du moignon survenue après quatre ans. Ce dernier étant mobile, l'ablation en a été facile et il est permis d'espérer la guérison définitive. Ce fait nous porte à croire que l'hystérectomie totale met plus sûrement à l'abri de cette redoutable complication, lorsqu'on a à faire choix d'un procédé d'extirpation des gros fibromes utérins.

A. Benoit.

Dysménorrhée mécanique, ses causes et son traitement, par le Dr Rodolfo del Castillo (*Revista Thero-Americana de Ciencias Medicas*, N° 19, 1903). — La dysménorrhée mécanique est caractérisée par le fait que les douleurs commencent au moment de la sortie des règles. Toutes les sténoses du conduit cervico-utérin, quand elles sont très prononcées, peuvent la produire. Les flexions de l'utérus et, en particulier, l'antéflexion peuvent provoquer l'apparition de ce symptôme, grâce au rétrécissement qui les accompagne. Le syndrome qui nous occupe prédispose à l'infection de la cavité utérine. Les malades sont ordinairement stériles. La dilatation progressive, combinée avec le massage, est un bon traitement des dysménorrhées accompagnées d'antéflexion. Quand le traitement antérieur n'a pas donné de résultat, on pourra essayer les pessaires intra-utérins (Petit ou Lefour). Les sténoplasties seront préférées aux autres méthodes thérapeutiques dans les sténoses du museau de tanche.

F. Bérini.

Pédiâtrie

Dr E. THIERCELIN

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine.

Le rétrécissement pylorique des nourrissons ses causes et son traitement, par Méry (*Journal de médecine Interne*, 15 mai 1904). — Le rétrécissement congénital du pylore des nourrissons décrit par Hirschprung en 1888 semble consister plutôt en un spasme qu'en un rétrécissement vrai. Cautley en 1898 fit l'autopsie d'un enfant atteint de cette affection et trouva une lésion hypertrophique de la tunique musculaire. Rarement les symptômes de la maladie se montrent après la naissance ; ils surviennent plus tard et se caractérisent par des vomissements, habituellement alimentaires, exceptionnellement sanguinolents et une soif vive. Les signes physiques consistent en un amaigrissement rapide avec hypothermie et cyanose ; le ventre est aplati et des mouvements péristaltiques allant du cardia au pylore apparaissent. Rarement on sent une tumeur sous le foie : l'insufflation de l'estomac a parfois été employée pour le diagnostic. L'évolution est lente, certains rétrécissements permettent une survie de quelques semaines à un mois. L'interprétation des phénomènes est différente suivant les auteurs ; les uns y voient un fait de gigantisme localisé ; Méry tend à en faire un spasme lié à l'irritation produite par le contenu gastrique. L'efficacité de l'allaitement au sein prouve la réalité de cette conception,

il s'agirait non de rétrécissement congénital, mais de rétrécissement consécutif à certaines formes de dyspepsie gastrique. Il faut donc se garder de supprimer l'allaitement; les médications adjuvantes : opium, belladone, absorbants, sont utiles. Dans le cas où on admet la théorie de l'hypertrophie musculaire d'Ashby, il faut recourir à la pylorectomie ou à la gastro entérostomie qui entre ses mains aurait donné lieu à des guérisons nombreuses.

P. Sainton.

Thérapeutique des infections cutanées chez le nourrisson, par Levon d'Astros (*La pédiâtrie pratique*, 15 juin 1904). — Comme traitement prophylactique observer deux principes, mettre l'enfant à l'abri des contagions du dehors, combattre les prédispositions individuelles. La contagion peut s'observer dans la famille, mais elle est surtout à craindre dans les hôpitaux d'enfants, dans les crèches. Séparer les enfants sains des enfants infectés, hygiène des locaux occupés par les enfants, aération, désinfection des couveuses, suppression du balayage à sec. Propreté des personnes préposées aux soins des enfants. Soins de propreté du côté de l'enfant, au besoin employer des linges stérilisés et non simplement lessivés.

Combattre les prédisposition générales. Soins de propreté et d'asepsie des seins de la nourrice, surtout dans les cas de lésions du mamelon ou d'abcès, hygiène alimentaire bien dirigée. Traitement des troubles digestifs dès leur apparition.

Les prédispositions locales sont constituées par ces lésions de la peau, qui sont souvent la porte d'entrée de l'infection. La plaie ombilicale doit être surveillée au point de vue de l'asepsie jusqu'à complète cicatrisation. On recouvrira les moindres plaies accidentelles, les moindres lésions de la peau avec des pansements occlusifs et, s'il y a lieu, antiseptiques. Surveiller les eczémas au point de vue de l'impétigo. Le traitement curatif est local et général.

Localement, le traitement doit stériliser les pyodermites et les régions infectées de la peau, et empêcher les inoculations ultérieures.

Commencer par une désinfection générale de la peau, un bain de sublimé à 1 : 15.000 ou, en cas de lésions trop étendues, donner un bain savonneux suivi de l'application de pommade et de vaseline naphtolée à 1/10e.

Dans les infections superficielles ouvertes, pratiquer des lavages aseptiques et préserver les régions voisines par des pansements. Lavages surtout avec de l'eau bouillie, quelquefois bicarbonatée, très légèrement boriquée. Les lavages seront répétés toutes les vingt-quatre heures, quelquefois deux fois par jour, avant les pansements. Comme pansement, après un lavage à l'eau bouillie, appliquer une simple gaze aseptique sans incorporation d'antiseptiques. Comme pommades, donner la préférence aux pâtes épaisses de zinc, additionnées quelquefois d'une faible dose d'acide borique ou d'acide salicylique. Dans les formes suintantes, employer les poudres, talc ; sous-nitrate de bismuth et oxyde de zinc. Comme lavages antiseptiques, employer l'eau d'Alibour à 1/5; étendue de dix et quinze fois son volume d'eau : ceci est souvent suffisant chez les nourrissons. On peut chez eux appliquer des cataplasmes d'amidon arrosés d'eau d'Alibour au 1/3.

L'eau oxygénée convient pour le traitement des affections pyodermiques de l'enfance : ecthyma, impetigo, folliculites, abcès sous-cutanés multiples après incision. On peut se servir d'eau oxygénée pure à 10 ou 12 volumes, mais en lotions et non en applications permanentes.

L'iodoforme présente des dangers et doit être réservé aux formes graves et localisées de l'infection cutanée, telle que l'ecthyma térébrant et les gangrènes de la peau. Préserver des inoculations les régions voisines dans les cas de furoncles, d'abcès, par l'application d'une couche épaisse de vaseline boriquée.

Soutenir l'état général dans les formes aiguës par des grogs, caféine, injections d'huile camphrée. Dans les formes chroniques, alimentation appropriée, air pur, soleil, air marin.

L. Jumon.

Traitement du psoriasis chez l'enfant (*Club des pédiâtres de Vienne*, 31 mai 1904). — Le Pr Monti a présenté une fillette de 10 ans, traitée il y a 4 ans à la policlinique pour un psoriasis généralisé, et qui fut guérie définitivement après 8 semaines du traitement suivant : Lavages abondants au savon, application sur les points malades d'emplâtre à l'acide pyrogallique à 15 0/0, et fixation au moyen de bandes de tarlatane, de l'emplâtre. Tous les 8 jours, lavage à l'éther pour détacher les emplâtres et application d'emplâtre frais.

L'auteur fait ressortir que chez l'enfant ce traitement a de grands avantages, car on évite les intoxications fréquemment observées avec la chrysarobine et l'huile de cade. D'un autre côté, le topique doit être utilisé sous forme d'emplâtre, car les enfants s'intoxiquent facilement avec les pommades.

E. Vogt.

Traitement de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés par le Dr Vieden Partello (*Gaceta Medica de Granada*, 15 janvier 1904). — L'ophtalmie purulente des nouveau-nés doit pour

l'auteur, être traitée spécialement par la solution de protargol à 5 0/0, en attouchements faits par l'oculiste ou le médecin, deux fois par jour, et en solution de 2 à 5 0/0 en instillations, avec plus ou moins de fréquence selon l'importance des phénomènes inflammatoires.

Dans les intervalles, une, deux ou trois fois par jour on fait des grands lavages avec l'irrigateur inventé par l'auteur, qui permet de faire une irrigation complète et prolongée de la conjonctive et de la cornée, avec une solution boriquée à la température de 26° ou 28° avec ou sans addition d'une petite quantité de solution de formol à 1 pour 2000.

On doit entr'ouvrir les paupières chaque demi-heure ou chaque heure pour faciliter la sortie du pus, qui constamment baigne la surface de la conjonctive et de la cornée, en même temps on nettoie les bords avec des petits tampons de coton aseptique.

L'application avec un fin pinceau, chaque deux ou quatre heures d'un peu de vaseline neutre, aseptique additionnée d'iodoforme à 2 0/0 est très utile car en même temps qu'elle désinfecte l'œil, elle empêche l'agglutination des paupières, et en facilite l'ouverture.

Il faut que l'enfant ouvre les yeux, il ne faut pas appliquer de bandage permanent sur les yeux, car l'obscurité favorise la suppuration.

Pendant la première période de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés et tant que les phénomènes inflammatoires dominent la scène, parfois avec production de fausses membranes, on doit proscrire tout à fait les applications de nitrate d'argent, et surtout en applications caustiques, car les cautérisations énergiques ne font qu'aggraver et compliquer l'infection et produisent de déplorables résultats.

On peut en dire autant des solutions de sublimé, seules ou combinées à l'iodoforme en poudre, qu'on a aussi recommandées. De graves complications et parfois la cécité complète se sont produites sous l'influence de cette médication.

Le protargol a fait ses preuves. Ses propriétés de diffusion très marquées, son action antiseptique, et surtout son innocuité et le peu d'irritation que produit son contact sur la conjonctive et la cornée, doivent en faire le médicament d'élection dans l'ophtalmie purulente des nouveau-nés.

F. Bérini.

Pharmacologie

Dr E. Vogt.

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

Formulaire de la magnésie, par Adrian (*Bull. gén. de Thérapeutique*, 8 juin 1904). — Les formulaires médicaux sont, au sujet de cette drogue, en contradiction avec les *formulaires pharmaceutiques* ; les premiers indiquent régulièrement la *magnésie calcinée*, tandis que les seconds donnent la préférence à la *magnésie hydratée* qui, souvent, n'est même pas mentionnée par les formulaires médicaux.

Magnésie calcinée, MgO. — C'est l'anhydride basique du magnésium, comme la chaux vive est celui du calcium ; elle est donc caustique et peut, à ce titre, irriter l'épiderme ou les muqueuses, avec lesquels elle se trouve en contact en s'hydratant à leurs dépens, aussi ne doit-on jamais la prescrire sous forme de cachets ou de comprimés. Mêlée à l'eau, elle s'hydrate énergiquement ou peut faire prise comme le fait la chaux, ce qui rend plus difficile sa saturation par les acides. Ces diverses propriétés en font certainement un médicament inférieur au produit suivant.

Magnésie hydratée, MgO^2H^2. — C'est le véritable alcali du magnésium, elle n'est nullement caustique, sa saveur est faible; elle reste en suspension dans l'eau et ne se masse jamais, comme le fait la précédente; elle se combine facilement et rapidement, en totalité, aux acides, et peut s'administrer sans aucun inconvénient sous la forme de cachets ou de comprimés.

Ces raisons devraient donc faire remplacer dans les formulaires la magnésie calcinée par la magnésie hydratée.

E. Vogt.

Injection rachidienne de caféine, de pilocarpine, d'atropine sous l'arachnoïde lombaire, par le Dr Jules Glover (de Paris), (*Académie de médecine*, séance du 14 juin 1904). — Dans les cas graves d'insuffisance ou d'arrêt de fonctionnement des émonctoires (du rein), dans la période asystolique des affections cardio-vasculaires avec œdème généralisé, dans les troubles graves des sécrétions (diarrhée avec collapsus), dans l'hypertension ou l'hypotension artérielle et quand il y a lieu de produire une action antispasmodique, etc., etc., il semble que, d'après l'expérimentation et les essais thérapeutiques, lorsque la série des moyens usuels a été épuisée ou ne donne plus de résul-

tats suffisants, il resterait à recourir encore à un traitement local direct intensif, basé sur l'injection aseptique sous l'archnoïde lombaire de solutions concentrées d'alcaloïdes non toxiques du système nerveux et d'action plus généralisée que la cocaïne.

Ainsi, ce traitement local direct en thérapeutique interne intensive consisterait à rechercher dans ces conditions l'action thérapeutique générale maxima, plus immédiate et complète, par l'introduction dans l'organisme, au niveau même du système nerveux central, d'un alcaloïde ayant une action générale et directe sur le système nerveux et les fonctions qu'il régit, comme la caféine, la pilocarpine, l'atropine, etc., etc.

Mais pour éviter la diffusion trop rapide vers les centres nerveux supérieurs des solutions de ces alcaloïdes, on en déterminera le point cryoscopique, dans le but d'évaluer leur pression osmotiqne, et d'en établir l'isotonie avec le liquide céphalo-rachidien.

Et ainsi, en se plaçant dans ces conditions biologiques, il semble que l'injection rachidienne de ces alcaloïdes peut être pratiquée sans danger, permettant de négliger en quelque sorte utilement l'absorption générale, qui, dans ces cas, ne conduit l'agent thérapeutique vers le système nerveux central que lentement et avec des modifications proportionnées au degré de perturbation fonctionnelle passagère ou de déchéance de l'organisme.

Sur l'animal, le lapin, par exemple, la caféine à 0,40 centi-cube (0,40 cgr. par centi-cube), le chlorhydrate de pilocarpine à 0,005 millicube, le sulfate neutre d'atropine à 0,001 millicube, dans des conditions expérimentales bien identiques, en injections intra-arachnoïdiennes ont donné les résultats thérapeutiques habituels et connus de ces alcaloïdes avec une rapidité, une intensité et une persistance d'action incontestablement plus grande, qu'à la même dose et introduits dans l'organisme par une autre voie.

Chez l'homme, dans un cas de dystrophie cardiaque et rénale, avec œdème généralisé, périodes d'anurie, asystolie, ascite, délire urémique, l'injection sous l'arachnoïde lombaire de 0,25 centi-cube de caféine d'abord et ensuite de deux fois 0,40 centi-cube à trois jours d'intervalle, a rétabli progressivement la fonction rénale, a augmenté la tension artérielle et a facilité l'action, nulle auparavant, de ce même alcaloïde pris dans la suite durant quelque temps avec résultat par voie gastro-intestinale.

La série des diurétiques (digitaline, théobromine, scille, etc.) et drastiques, sous toutes formes, n'avait donné depuis deux mois chez le malade que des résultats tout à fait insuffisants d'abord et nuls ensuite. Au moment où les premières rachi injections de caféine furent pratiquées, le malade avait eu, en effet, des périodes d'anurie de plusieurs heures, malgré tout traitement.

Toutes les précautions d'asepsie parfaite doivent être prises, lorsque l'on pratique ces rachi-injections au cours de maladies aiguës ou chroniques. Elles doivent être faites sous le volume de 1/8, de 1/2 ou de 1 centimètre cube avec le moins d'excipient possible.

Il sera toujours indispensable, en outre, de recourir à des solutions récemment préparées, ayant autant que possible, ainsi que nous l'avons dit en commençant, les caractères physiques et chimiques du liquide céphalo-rachidien, répondant à toutes les exigences de l'isotonie et présentant une réaction à peu près neutre ou légèrement alcaline.

Il est, en effet, remarquable que les solutions concentrées, de quinine par exemple, qui toutes sont acides, et dont les effets seraient particulièrement intéressants en injections sous l'arachnoïde, dans l'hyperthermie difficile à combattre, déterminent en injections rachidiennes la mort immédiate de l'animal.

Ces recherches seront continuées, suivant les cas, et successivement avec méthode, à l'aide des alcaloïdes non toxiques du système nerveux, provoquant des effets généraux, et dont l'action en injections sous l'arachnoïde lombaire a donné ou donnera sur l'animal des résultats concluants.

R. Blondel.

Observations nouvelles sur la valeur thérapeutique du radium et du thorium, par Mac Leod (*Brit. med. J.*, 11 juin 1904). — Depuis l'automne dernier, l'auteur a employé le bromure de radium dans les cas de lupus vulgaire, de lupus érythémateux, d'ulcus rodens, d'épithélioma et dans deux cas de cancer du col de l'utérus. Le radio-activité du bromure de radium employé a été estimée à 600.000 unités, en prenant l'uranium pour unité. Des tubes de verre scellés en contenaient 5 milligrammes. L'auteur a aussi employé la même quantité de bromure de radium, mais en ayant une activité double ou triple. Il désigne ces deux types de tubes sous les termes de faibles et forts.

On a critiqué l'emploi du verre pour la confection des tubes, comme diminuant l'activité des rayons mais ceux-ci, après leur passage à travers le verre sont suffisamment actifs, non seulement pour posséder un effet thérapeutique, mais pour produire des brûlures si l'on n'y prend garde.

Chaque partie de la surface malade a été exposée par série en laissant une semaine d'intervalle entre chaque série. Si aucune réaction inflammatoire ne survenait, on faisait des expositions quotidiennes pendant une semaine, puis le traitement était interrompu pendant une quinzaine. La durée des applications dépendait principalement de l'activité et de la pureté du bromure de radium placé dans le tube et aussi des caractères de la maladie. L'auteur s'est appliqué plutôt à sous-exposer qu'à surexposer les lésions, car il a noté de bien meilleurs résultats lorsque l'exposition était arrêtée dès que se manifestaient des signes de réaction. Dans plusieurs cas même des expositions trop longues ou trop fréquentes, ont été suivies de brûlures qui ont mis plusieurs semaines à guérir, alors qu'on ignorait l'importance qu'il y avait d'éviter les réactions.

L'action des rayons du radium, comme celle des rayons X, paraît douée d'accumulation : ils déterminent une dégénérescence des cellules malades moins résistantes qui peut être poussée jusqu'à la formation d'un ulcère indolent.

En général, le patient sentait une légère démangeaison ou brûlure le lendemain matin, sensation qui persistait un jour ou deux, mais souvent aussi il n'y avait aucun symptôme subjectif.

L'auteur conclut de ses observations sur la valeur thérapeutique du bromure de radium que sa principale utilité se trouve dans le traitement de l'ulcus rodens et, dans le cas de petits ulcères, le applications donnent de merveilleux résultats. Pour les ulcères qui dépassent la dimension d'un shilling, le traitement par les rayons X est plus pratique, parce qu'on peut agir sur toute la surface, tandis que les petites quantités de radium dont on dispose ne permettent pas d'agir sur une grande surface. Cependant, dans quelques cas d'ulcus rodens traités par les rayons X, ceux-ci semblent perdre leur efficacité et la guérison est stationnaire; on peut alors recourir avec avantage au radium. En ce qui regarde l'épithélioma, l'auteur, d'après quelques observations peut-être insuffisantes, est porté à croire que le radium a peu de valeur et qu'il vaut mieux n'employer les radiations qu'après l'opération. Dans le cas du cancer de l'utérus, d'autres observations sont nécessaires, mais il est possible que le radium soit utile, associé au traitement chirurgical.

Dans le lupus vulgaire, le radium fait disparaître le granulome et le remplace par un tissu cicatriciel normal, mais sauf pour de très petites lésions, ce traitement n'est pas encore pratique. Pour le lupus érythémateux, la valeur du radium est négligeable.

L'auteur a essayé les effets du thorium dans deux cas de lupus vulgaire. Environ 100 grammes d'hydroxide de thorium ont été mis dans un sac de caoutchouc. On pouvait penser que la radio-activité étant un million de fois moindre que celle du radium on pouvait obtenir des effets appréciables par une grande quantité du produit. Dans un cas de tuberculose cutanée, le thorium n'a pas semblé produire le moindre effet, même lorsqu'il avait été appliqué pendant très longtemps.

L. Jumon.

Le thigénol, par Rousseau (*Thèse de Paris* 1904). — Le thigénol est l'oléo-sulfonate de sodium : il contient en solution des sulfures organiques provenant de la réduction de l'acide sulfurique par l'huile d'amandes douces. C'est une huile épaisse, brun rougeâtre, d'odeur faible : un arrière-goût légèrement alliacé indique seulement la présence des sulfures organiques : le thigénol est soluble dans l'eau et les autres dissolvants sans altération. Le produit est toujours identique à lui-même : il ne tache pas le linge.

Nous avons déjà analysé (*V. cette Revue*, p. 428, 1903), le travail que Saalfeld a consacré aux effets kératoplastiques et calmants du thigénol dans diverses affections cutanées. Le produit est un réducteur faible : ce nom de réducteur, introduit par Unna, doit s'appliquer aux corps qui fixent l'oxygène des tissus. Les réducteurs forts sont capables de provoquer des réactions inflammatoires ; les faibles produisant simplement de la vaso-constriction, suivie de sédation du prurit, par exemple, si ce dernier est dû à l'infiltration des tissus, à la compression des extrémités nerveuses terminales. L'action thérapeutique, s'adressant à la cause même du prurit, sera durable ; elle a du reste été utilisée par divers auteurs avec succès dans l'*eczéma aigu* (badigeonnages, 1 à 2 fois par jour, avec une solution aqueuse à 5 0/0), l'*eczéma chronique*, la *gale* (friction sur tout le corps avec du thigénol, après friction au savon vert et bain; le soir, nouveau bain et nouvelle friction au thigénol), la *séborrhée*, l'*acné*, la *furonculose* (solution de thigénol et alcool, parties égales, en badigeonnages), l'*érysipèle* (collodion au thigénol à 5 0/0), etc.

Les badigeonnages au thigénol agissent fort bien dans les cas de *chancre mou*.

Dans les *otites* purulentes, on utilisera avec fruit le topique suivant :

Thigénol.....	5 gr.
Eau oxygénée à 6 0/0.....	20 —
Alcool.....	10 —

Us. Ext.

Les recherches de Rousseau ont plus spécialement eu pour domaine la gynécologie ; ici, le thigénol, grâce à sa forte teneur en soufre (10 0/0), peut exercer une action résolutive, antiseptique, analgésique des plus marquées. S'il s'agit de cas de petite gynécologie, et de cas chroniques, l'auteur recommande deux injections d'eau boriquée par jour, et le massage de l'utérus suivi d'un pansement avec de la glycérine au thigénol à 45 0/0, dont on imbibe un tampon de coton hydrophile ; ce tampon sera gardé pendant la nuit, le pansement est fait tous les deux jours en général. La dose adoptée par l'auteur dépasse notablement celle qu'on a préconisée en Allemagne, mais elle n'a aucun inconvénient, vu l'absence de toxicité de la substance active, et agit plus énergiquement que les doses de 15 à 20 0/0.

Dans toutes les observations recueillies par l'auteur (dont 3 personnelles), le thigénol a produit constamment une sédation rapide des douleurs quelles qu'elles soient, et la modification des pertes qu'il a même souvent entièrement arrêtées.

En cas *d'affections subaiguës non gonococciques*, mêmes résultats avec des doses moins élevées.

En cas *d'affections subaiguës d'origine gonococcique*, les effets antiseptiques du thigénol entrent en scène : ils sont tout aussi caractérisés que ceux de l'ichthyol, et le topique nouveau a le grand avantage de n'avoir aucune mauvaise odeur et de ne jamais provoquer de phénomènes d'intolérance.

Comment agit le thigénol en applications sur le col? Il donne lieu à un abondant écoulement d'apparence aqueuse : la sécrétion glandulaire, épaisse avant le traitement, devient fluide, et cette décongestion s'accompagne d'une atténuation immédiate des souffrances et de la sensibilité des organes. En outre, l'abondance de la sécrétion exerce une action d'évacuation sur les produits pathogènes.

La décongestion a pour effet la cessation des métrorrhagies et ménorrhagies, non liées à la présence d'un néoplasme : grâce à elle, les ulcérations se cicatrisent si elles ne sont pas trop vastes.

Les gros utérus, sous l'influence du thigénol, diminuent de volume, ce qui permet de combattre plus aisément les déviations qui peuvent exister : les paramétrites et périmétrites subaiguës elles-mêmes, avec ou sans exsudat séreux, sont admirablement décongestionnées par le thigénol.

L'action calmante est due, elle aussi, à la décongestion, mais tout nous prouve que le thigénol exerce aussi une action analgésique locale. Quant à l'action antiseptique, elle se démontre par l'examen de deux observations de l'auteur, dans lesquelles des pertes fétides ont perdu complètement leur odeur après 20 jours de traitement thigénolé.

Une seule observation signale des vomissements à la suite d'emploi du thigénol; sans doute s'agissait-il ici d'une idiosyncrasie pour le soufre. Du reste, dans les cas subaigus, alors que l'action du thigénol est plus sensible, les lésions moins développées, et le tissu scléreux moins prononcé, il suffit, pour se mettre à l'abri de toute résorption trop active, de se servir de glycérine thigénolée à 20 ou 30 0/0, au lieu de 45 0/0 (cas chroniques).

E. Vogt.

Le véronal (*Ther. der Gegenwart*, avril 1904). — Fischer et v. Mehring, à propos de cet hypnotique nouveau, estiment que son principal avantage réside dans sa solubilité dans l'eau ; on est donc plus sûr de rester à l'abri des troubles observés avec le sulfonal et le trional, dont l'assimilation est parfois retardée.

Le véronal sera administré de préférence dissous dans une tasse de thé chaud, à la dose moyenne de 0,50 gr. Il n'est pas rationnel de donner cet hypnotique dans du lait, car, en milieu alcalin, il se forme des sels de véronal dont le goût amer est très marqué. On évitera de même de prescrire des cachets, car on risque d'obtenir un retard assez grand, de plusieurs heures parfois, dans l'effet médicamenteux.

E. Vogt.

Expériences thérapeutiques avec les électro-aimants, par E. Cohn (*Berlin. Klin. woch.*, 11 avril 1904). — Il y a quelques années, K. Mueller fit quelques expériences techniques avec certaines sortes d'électro-aimants et s'aperçut que les personnes qui s'occupaient de ces appareils en éprouvaient une certaine influence thérapeutique bienfaisante. Cohn vient de reprendre ce sujet et expose les résultats de ses recherches. Le système de Mueller se compose d'une source de courant électrique interrompu, ou d'un courant constant transformé en courant interrompu qu'on fait passer dans une bobine, dont le centre est constitué par de nombreuses plaques de fer galvanisé. Le courant générateur est de basse tension et le courant interrompu est d'une intensité relativement élevée. La polarité de l'électro-aimant est renversée environ cent fois par seconde. Les substances paramagnétiques comme le fer sont attirées par le courant, tandis que les sub-

stances diamagnétiques comme l'aluminium sont repoussées. L'effet physiologique de ce champ magnétique, alternatif sur le corps humain, a été étudié par quelques observateurs et on a ainsi constaté qu'il ne possède absolument aucune action sur le muscle ou le nerf moteur, et qu'en approchant le radiateur de l'instrument, l'œil perçoit un mouvement vibratoire qui disparaît en général quand l'œil est fermé.

Cohn a essayé l'effet de cet électro-aimant dans un certain nombre de maladies : névralgies, névroses, affections articulaires, agrypnie, maladie de Thomsen, claudication intermittente, chlorose. Il applique les courants pendant trois à quinze minutes une à deux fois par jour. Il évite la suggestion verbale. Sur trente malades, la méthode est restée inefficace chez douze. Ces malades souffraient de névralgie du trijumeau, de névralgie brachiale et intercostale, d'hystérie, de tic, de myotonie congénitale et de névroses diverses. Dans six cas, il y a eu une amélioration passagère, il s'agissait de tic douloureux, d'hémicranie, de sciatique, de spermatorrhée, d'arthrite rhumatismale. Quatre cas présentèrent de très grandes améliorations : Les malades étaient atteints de douleurs de la face, de névralgie intercostale, d'insomnie nerveuse et de névralgie alcoolique. Dans huit cas, les résultats furent purement subjectifs. En résumé, les résultats ont été ceux que donnent les courants de Tesla, et l'auteur croit que les améliorations sont le plus souvent subjectives et que les électro-aimants doivent être regardés comme à peu près dénués d'action.

L. Jumon.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Hôpital Cochin-Ricord. — *Cours pratique de diagnostic et de traitement.* — Le Dr Queyrat commencera, le 11 juillet, à l'hôpital Cochin-Ricord, un cours pratique de diagnostic et de traitement des maladies vénériennes. Les élèves seront exercés individuellement au diagnostic clinique et bactériologique, ainsi qu'aux divers modes de traitement de ces affections. Le cours sera terminé le 6 août. Le prix d'inscription est de 60 francs. Pour les heures et le programme des leçons et des exercices pratiques, s'adresser au Laboratoire du Dr Queyrat, à l'hôpital Cochin-Ricord, 111, boulevard du Port-Royal, tous les jours, de 10 heures à midi.

Hôtel-Dieu. — *Cours pratiques d'oto-rhino-aryngologie.* — Le Dr Guisez, ancien interne des hôpitaux, recommencera, le samedi 9 juillet, à 3 heures, son cours d'oto-rhino-laryngologie. Ce cours sera essentiellement pratique, comprendra dix leçons et durera trois semaines (examen de malades, petites interventions). S'inscrire les mardi et samedi, de 4 heures à 9 heures à la consultation d'oto-rhino laryngologie de l'Hôtel-Dieu. Les droits à verser sont de 50 francs, payables en s'inscrivant. — Le nombre des places est limité.

Exposition internationale d'hygiène. — Une exposition internationale d'hygiène, sauvetage, pêche, sports, secours aux blessés aura lieu à Paris, au Grand-Palais (Champs-Elysées), d'août à novembre 1904, sous le patronage officiel des ministres du commerce, des postes et télégraphes, de la marine, de l'instruction publique, de la guerre, de l'agriculture, des colonies, des travaux publics et de l'intérieur.

Distinctions honorifiques. — *Officiers d'Académie* ; M. le Dr Daubret à Arcueil-Cachan : M. le Dr Desmons à Paris ; M. le Dr Kouchel-Katz, de Paris; MMes Choquet (Gabrielle-Honorine), secrétaire générale du syndicat des sages-femmes de France à Paris, et Levillauroy (Marie), vice-présidente du syndicat des sages-femmes de France à Paris; M. le Dr Barbot, maire de Saint-Pierre-du-Bû (Calvados); M. le Dr Brosset, de Paris; M. le Dr Charasse, de Malaucène (Vaucluse); M. Lée, chirurgien dentiste à Charleville; M. le Dr Lamare, de Paris; M. le Dr Lescour, médecin-major de 1re classe au ministère de la guerre; M. Le, moins, secrétaire de la clinique de laryngologie à la faculté de médecine de Paris ; M. le Dr Levy-de Paris; Mme Sénée, directrice d'une maison de santé à Paris.

Officiers de l'instruction public : M. le Dr Navarre, de Paris; M. Brossard (René-Théodore), pharmacien à Paris; Mme Roger Bocquillet, présidente du Syndicat des sages-femmes de France, à Neuilly-sur-Seine.

BIBLIOGRAPHIE

Technique du traitement de la Coxalgie, par le Dr Calot, chirurgien en chef de l'hôpital Rothschild, de l'hôpital Cazin-Perrochaud, de l'hôpital de l'Oise et des départements, du Dispensaire, de l'Institut Orthopédique de Berck, etc., 1 vol. gr. in-8°, avec 178 fig. dans le texte (Masson et Cie, éditeurs). 7 fr.

Ce guide du médecin pour le traitement des affections orthopédiques était réclamé depuis longtemps. Il n'est pas en effet de praticien qui ne soit appelé un jour ou l'autre pour une coxalgie, une tumeur blanche, une déviation vertébrale, une boîterie de naissance, un pied bot, une paralysie infantile, en un mot une déviation congénitale ou acquise. Et nulle part, les médecins ne pouvaient trouver, jusqu'à ce jour, les notions nécessaires et suffisantes pour s'occuper utilement de ces malades.

Le livre que voici, vient combler cette lacune. Il est écrit par un spécialiste pour tous ceux qui ne le sont pas: on n'y trouve ni bibliographie, ni historique, ni discussions pathogéniques inutiles, mais on y trouvera tous les cas cliniques de ces maladies que les médecins pourront rencontrer; et pour chaque cas, un traitement, un seul, pratique et simple, que l'auteur leur apprend à appliquer exactement en guidant à chaque pas leurs yeux et leur esprit par l'image et la description écrite, de manière à les conduire comme par la main du commencement à la fin de ce traitement.

Le jour où ce livre sera dans toutes les mains, il n'y aura certes pas un chirurgien spécialiste de moins, mais l'on peut dire qu'il n'y aura plus un seul médecin de bonne volonté qui ne sera capable d'assurer à tous les coxalgiques des soins suffisants; tandis qu'à l'heure actuelle, l'immense majorité de ces malades, ne pouvant pas arriver au spécialiste (il n'en n'est pas dix dans la France entière), ne sont pas soignés ou n'ont que les soins et la direction aveugle et funeste des bandagistes.

Revue des medicaments nouveaux, et de quelques médications nouvelles, par C. Crinon, pharmacien de 1re classe, ex-interne lauréat des Hôpitaux de Paris, Directeur du *Répertoire de Pharmacie* et des *Annales de Chimie analytique*, 11e édition (1904), chez M. Rueff, éditeur, 106, boulevard Saint-Germain, Paris. Prix : 4 francs.

Dans la onzième édition qu'il publie aujourd'hui, M. Crinon a introduit les médicaments nouveaux ayant fait leur apparition dans le courant de l'année qui vient de s'écouler; parmi ces médicaments, les plus importants sont : le Collargol, la Dyspeptine, le Formane, la Gastérine, le Glycogène, l'Helmithol, le Lysoforme, le Purgène, la Quinoformine, le Tachiol, la Théocine et le Véronal.

Continuant de se conformer au système qu'il a adopté dans le principe, M. Crinon a consacré peu de place aux substances encore peu étudiées et ne paraissant pas destinées à un véritable avenir thérapeutique, et les développements dans lesquels il est entré ont été, en général, proportionnés à l'importance réelle ou présumée des médicaments.

Le plan de l'ouvrage est resté le même : on y trouve indiqués sommairement et successivement, pour chaque substance, le mode de préparation, les propriétés physiques et chimiques, les caractères distinctifs, l'action physiologique, l'action thérapeutique, les formes pharmaceutiques qui se prêtent le mieux à son administration, et enfin, les doses auxquelles elle peut être prescrite.

Les premières éditions de la *Revue des médicaments nouveaux* de M. Crinon ont reçu, des médecins et des pharmaciens, un accueil qui permet d'augurer le même succès pour celle qui vient de paraître.

Conception du mot « Hystérie », critique des Doctrines actuelles, par le Dr Bernheim, Professeur à la Faculté de Médecine de Nancy. In-8 de 48 pages, 1 fr. 50. Octave Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris-6e.

Nlle Imprimerie, E. Lasnier, directeur, 35, 37, rue St-Lazare. Paris *Le Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL

TRAVAUX ORIGINAUX

LES MÉDICAMENTS CARDIO-VASCULAIRES

Par les Drs P. Bouloumié et J. Chevalier.

C'est surtout à propos de cette catégorie de médicaments que l'on pourrait dire que les succès ou les insuccès thérapeutiques dans les affections cardiaques ou vasculaires tiennent surtout à ce qu'on peut ou non bien déterminer la cause de la perturbation circulatoire et que l'on distingue suffisamment ou non l'action centrale et l'action périphérique, c'est-à-dire cardiaque ou vasculaire des médicaments employés.

Les recherches sphygmanométriques seront certainement fort utiles à cet égard, mais n'ayant pas eu le temps de les pratiquer comme elles doivent l'être pour être autorisé à formuler des conclusions fermes, je me contenterai ici de rapporter l'opinion des auteurs les plus autorisés en la matière et tâcherai autant que possible de m'appuyer pour ce faire sur des expériences physiologiques irréprochables. Celles-ci sont malheureusement en fort petit nombre, mais cette lacune sera bientôt comblée, j'espère du moins en partie, par les travaux qui s'exécutent sur ce sujet au laboratoire de Pharmacologie et matière médicale de la Faculté de Médecine de Paris, où M. le Pr Pouchet, assisté de son élève le Dr Chevalier, reprennent systématiquement l'étude des principaux médicaments cardio-vasculaires.

Le but de la médication cardio-vasculaire est d'assurer et de rétablir l'équilibre entre les fonctions des diverses parties de l'appareil circulatoire, et par là même, une répartition normale du sang en circulation. C'est une médication avant tout fonctionnelle, qui suppose la connaissance préalable de la cause productrice du déséquilibre circulatoire, et, bien que les médicaments cardiaques à proprement parler, agissent aussi sur le cœur, il n'en est pas moins vrai que, suivant les cas, c'est aux plutôt qu'aux autres qu'il faut s'adresser pour obtenir une action directe sur l'organe qui est le point de départ et l'agent principal des troubles fonctionnels.

Il faudrait donc autant que possible chercher à connaître l'action cardiaque et l'action vasculaire des divers agents médicamenteux et hygiéniques, sans négliger pour

cela l'action qu'ils exercent sur les diverses parties du système nerveux central ou périphérique qui président à la circulation.

Il reste malheureusement encore sur ce sujet bien des inconnus et bien des incertitudes, surtout en raison des différences d'action imputables aux doses, et tel médicament considéré et catalogué comme hypotenseur devient au contraire un hypertenseur employé à haute dose, alors que tel autre agissant comme hypertenseur à dose faible et modérée devient hypotenseur à doses fortes. Il faut de plus, en clinique, établir autant que possible le choix du médicament à employer dans un cas donné sur la connaissance de la cause du trouble circulatoire.

Lorsque, par exemple, dans l'intoxication par les narcotiques ou dans certaines maladies infectieuses, les vaisseaux de l'encéphale et de la peau se vident, alors que les vaisseaux de l'abdomen se remplissent d'une façon exagérée, les médicament sagissant sur la contraction cardiaque elle-même sont à peu près sans effets et inutiles, parce que la cause du trouble circulatoire résulte bien plus de l'insuffisance de la quantité de sang apporté au cœur que de l'énergie des contractions cardiaques, tandis qu'au contraire les médicaments exerçant une action vaso-motrice sur les vaisseaux splanchniques auront une action favorable. On emploiera donc la strychnine qui est un vaso-moteur splanchnique, la digitale, au contraire, qui agit plus particulièrement sur le cœur en augmentant son énergie musculaire, l'énergie de la systole et l'exagération de la diastole et n'exerce qu'une action vaso-motrice tout à fait secondaire seulement en diminuant la fréquence du pouls par excitation du pneumogastrique. L'action cardiaque de la digitale est principale, tandis que son action vaso-motrice est au contraire pour ainsi dire accessoire au point de vue thérapeutique. C'est ainsi que, comme comme le fait très justement remarquer Vaquez, si, chez un asystolique, la digitale ne remonte pas la tension artérielle et surtout si, malgré son emploi, elle continue à baisser, le pronostic est des plus graves. Dans ces conditions, on peut dire que l'action des médicaments indique la nature de la maladie.

Ne pouvant, dans l'état actuel de la science, classer les médicaments cardio-vasculaires, suivant qu'ils agissent sur le sang, sur le cœur lui-même, sur le système nerveux central ou cardiaque, sur les vaisseaux, nous voudrions pouvoir les diviser en hypertenseurs et hypotensurs; mais il faut reconnaître que cette division n'a rien d'absolu, l'action hyper ou hypotensive étant le plus souvent sous la dépendance absolue des doses administrées; aussi les diviserons-nous cliniquement en médicaments *employés comme hypotenseurs* et médicaments *employés comme hypertenseurs* et, à propos de chacun d'eux, nous chercherons à déterminer autant que possible sur lequel des éléments essentiels de la circulation le corps agit plus spécialement.

Médicaments réputés hypertenseurs et employés comme tels :

I. A action prédominante sur le système nerveux central.	Cytisine. Cocaïne. Alcool. Ether. Camphre. Ammoniaque. Strychnine. Opium (à petites doses).
II. A action prédominante sur le système nerveux périphérique.	Digitale et digitaliques. Ergot de seigle. Hydrastis canadensis Nicotine.

III. A action prédominante sur le muscle cardiaque.	Digitale. Caféine et autres bases xanthiques. Chlorure de Baryum. Sels de potassium.

IV. N'exerçant une action sur la tension qu'à dose toxique.

A action sur le système nerveux central.	Spartéine.

Médicaments réputés hypotenseurs et employés comme tels :

I. A action prédominante sur le système nerveux central.	Aconitine. Acide salicylique (ses composés et ses dérivés).
II. A action prédominante sur le système nerveux périphérique.	Iodures. Nitrites.
III. A action prédominante sur le muscle cardiaque.	Quinine.

Médicament opothérapique hypertenseur ou hypotenseur suivant les cas : adrénaline.

Il est bien évident que cet essai de classification est tout à fait théorique ; l'action des médicaments agissant sur la circulation étant toujours fort complexe et s'exerçant toujours sur les diverses portions de l'appareil circulatoire pour provoquer un phénomène prédominant qui n'est que la résultante des diverses actions élémentaires exercées sur l'organisme.

Parmi les médicaments qui rentrent dans le premier groupe la *cytisine* est intéressante a signaler en raison de son mécanisme d'action ; elle agit presque uniquement sur les centres nerveux et peut être considérée comme type des médicaments de cette série.

La cytisine, retirée de certains genets et d'un assez grand nombre d'arbrisseaux du même groupe, n'est pas entrée d'une façon courante dans la pratique médicale. Seuls les Russes l'emploient assez communément comme toni-cardiaque et s'en trouvent bien dans un certain nombre de cas. L'étude physiologique de ce médicament a été faite par Kobert et ses élèves d'une part, par Prévost et Binet d'autre part. L'action de cette substance s'exerce surtout sur le bulbe qu'elle excite d'abord puis paralyse à doses toxiques. On constate toujours à la suite de son emploi thérapeutique une augmentation de l'énergie des contractions cardiaques accompagnée d'une élévation notable de la pression sanguine. L'action qu'elle exerce sur le cœur lui-même est tout à fait secondaire mais cependant plus intense que celle de la spartéine. Un des gros inconvénients de son administration est l'action énergique directe qu'elle exerce sur les fibres musculaires lisses, qui, en se contractant, donnent naissance à des vomissements et à de la diarrhée ; aussi son emploi est-il nettement limité à certains cas particuliers et n'est-il pas susceptible d'extension.

L'alcool, *l'éther*, le *camphre*, *l'ammoniaque* font également partie de cette série. Ils possèdent au point de vue physiologique, une action sensiblement analogue, à l'intensité près ; à dose plus ou moins forte, mais cependant thérapeutique, ils provoquent tous une stimulation générale du système nerveux. Par leur action pharmacodynamique entière à doses toxiques ils s'écartent fortement les uns des autres ; l'alcool et l'éther produisant de la narcose sans convulsions et avec résolution musculaire, le camphre et l'ammoniaque provoquant également une espèce de torpeur analogue, mais en outre assez rapidement des convulsions dues à l'électivité de leur action sur la moelle et le bulbe.

Dans ces dernières années la question de l'alcool thérapeutique a été fortement discutée. Sans prendre parti dans la question fort bien résumée par M. Legendre à la Société de Thérapeutique l'année dernière et en l'examinant seulement au point de vue physiologique pur, nous sommes obligés de constater que l'*alcool employé à doses modérées et non d'une manière continue*, est un excellent toni cardiaque qui relève d'une façon très appréciable la tension sanguine.

Pour que cette action se produise, il faut faire absorber aux malades des doses faibles ou tout au moins modérées d'alcool. A cette absorption succède une sensation de bien-être général et il se produit une action propulsive très nette, fort bien étudiée par M. Féré. On voit alors très nettement une augmentation de fréquence du pouls, qui devient plus dur, plus tendu par suite de l'augmentation de la tension artérielle. Ces phénomènes sont surtout dûs à l'action excitante de l'alcool sur le bulbe. Il n'a pas à dose thérapeutique d'influence directe sur le cœur, mais il agit indirectement sur cet organe comme stimulant par suite de l'action excitante cérébrale qu'il produit, et d'autre part en diminuant les résistances périphériques circulatoires. A une certaine période, en effet, qui suit la période d'excitation nerveuse, il se produit de la dilatation des vaisseaux et une diminution considérable des résistances ; le cœur travaillant dès lors dans de meilleures conditions, peut alors fournir une plus grande somme de travail utile. Si au contraire les *doses sont trop fortes*, on assiste après la production de cette période d'excitation, à la période de dépression qui lui fait suite et qui se caractérise toujours par des irrégularités cardiaques et du ralentissement marqué. En même temps il se produit un abaissement considérable de la pression sanguine qui peut tomber dans des proportions considérables. Cette chute de la pression est d'une part sous la dépendance de l'excitation de l'origine centrale du pneumogastrique, d'autre part due à une action directe de l'alcool en circulation dans le sang sur les ganglions intra-cardiaques et le myocarde lui-même qui sont plus ou moins touchés suivant la quantité ingérée.

A côté de l'alcool comme agent thérapeutique, il faut noter le vin et en particulier les vins fins qui contiennent des essences complexes appelées bouquets. Ce sont des stimulants véritables de l'activité cardiaque dans les maladies fébriles, et il se produit toujours un relèvement accentué de la tension artérielle à la suite de l'absorption de petites quantités de boissons vineuses. Cette action stimulante est sous la dépendance du système nerveux central, surtout pour bouquets. Toutes les essences aromatiques, en effet, sont douées d'une action primitive excitante sur le système nerveux central qui retentit sur l'appareil circulatoire, mais il ne faut pas oublier que ce sont d'ordinaire des substances dangereuses et que, suivant les cas, elles produisent, lorsqu'elles sont absorbées en quantité un peu trop considérable, des troubles nerveux caractérisés soit par de la narcose avec paralysie plus ou moins nette, soit au contraire de l'hyperecitaxcilité corticale et des convulsions à type épileptiforme.

L'*Ether* possède à un degré supérieur cette action propulsive et dynamogenique de l'alcool, mais elle est, par contre, beaucoup plus fugitive. C'est cependant un véritable tonique du cœur qui a rendu souvent des services dans les cas de dépression nerveuse et musculaire pour donner en quelque sorte un coup de fouet à l'organisme tout entier.

Cette action se manifeste surtout à la suite des injections hypodermiques d'éther. Dans ces conditions, l'excitation s'exerce non seulement sur le myélencéphale après que l'éther est arrivé jusqu'à lui, mais aussi sur les extrémités des nerfs périphériques sensitifs, en raison de la douleur vive causée par l'injection. Les contractions cardiaques sont plus amples sans présenter d'accélération notable ; l'énergie cardiaque est aug-

mentée et la tension sanguine s'élève. Dans ces cas l'éther paraît agir comme modérateur et toni-cardiaque comme si les centres cardiaques directs et les centres des vagues étaient hypersthénisés.

Lorsqu'on emploie au contraire l'éther à l'intérieur ou comme hypno-anesthésique, on constate toujours une baisse notable de la pression sanguine, il se produit toujours de la dilatation des vaisseaux pulmonaires, ce qui décharge le cœur droit; le cœur gauche est également facilité dans son travail par la dilatation des capillaires généraux. C'est ainsi que dans tous les cas on peut dire de l'éther qu'il est un toni-cardiaque.

Il est donc hypotenseur et cardio-dynamogénique dans le cas d'injection, hypotenseur et cardio-tonique indirect par diminution des résistances vasculaires périphériques, s'il est près absorbé par voie gastrique.

L'*ammoniaque* et les *sels ammoniacaux* sont également des excitants du système nerveux central. Leur action sur la tension sanguine et la circulation n'a pas été spécialement étudiée chez l'homme et leur emploi en thérapeutique est fort restreint. On sait cependant qu'ils agissent en provoquant une accélération passagère des contractions cardiaques suivie bientôt de ralentissement avec augmentation de la tension sanguine. Ces phénomènes secondaires sont la conséquence de l'action de l'ammoniaque sur le centre modérateur du cœur, dans le cerveau et sur les centres vaso-moteurs de la moelle et la bulbe. Cette action ne s'exerce cependant pas uniquement sur les vaso-moteurs centraux, elle se produit également sur les vaso-moteurs périphériques contenus dans les parois des artères.

On a fait l'essai de la *strychnine* dans le traitement des affections cardiaques. Elle a été surtout préconisée par Teissier père, qui l'employait même dans certaines hydropysies. Muller a montré qu'à faibles doses la strychnine ralentissait les battements du cœur en même temps qu'elle augmentait leur énergie et que la pression sanguine se maintenait plus élevée qu'à l'état normal. Cette action médicamenteuse, qu'il ne faut pas confondre avec l'action toxique, est due, en grande partie, à une action excitante nerveuse d'origine centrale, l'action sur le myocarde ne se produisant qu'avec des doses toxiques, ou tout au moins élevées. Le mécanisme de l'action de la strychnine sur la tension sanguine est à l'heure actuelle assez obscure, il se produit à la fois des phénomènes de vaso-dilatation et de vaso-constriction, les phénomènes de congestion prédominent surtout dans la moelle et le cerveau; par contre, les phénomènes de vaso-constriction se montrent surtout dans les territoires innervés par le sympathique et prédominent en définitive, ces faits rapprocheraient son action de celle de l'acide carbonique.

Le *camphre* peut former le terme de transition entre les médicaments hypertenseurs agissant sur le système nerveux central et ceux agissant sur le système nerveux périphérique. Son action prépondérante s'exerce toujours à dose médicamenteuse sur la moelle allongée et le cerveau qu'il excite énergiquement.

Employé en injections sous-cutanées, il agit d'une façon très heureuse dans les cas de collapsus au cours des maladies fébriles et dans certains états d'asthénie générale. A la suite de son emploi, on voit le nombre, l'énergie des contractions cardiaques augmenter, en même temps la tension sanguine se relève, par suite d'une action directe sur les vaso-moteurs centraux, mais aussi, comme l'a montré Gottlieb, par action irritante sur les éléments nerveux et même musculaires du cœur lui-même. Cette dernière action directe sur le cœur est peu prononcée, sauf dans certains cas de collapsus sans asthénie cardiaque spéciale. Pour obtenir cette action myocardique réelle et directe, il faut atteindre des doses considérables.

Avant de passer à l'étude des médicaments possédant une action prédominante sur le système nerveux périphérique, il faut nous arrêter un instant et dire quelques mots de la *cocaïne* qui, si elle n'est pas utilisée comme cardiaque, peut cependant rendre des services dans certains cas si elle est bien employée.

A doses très faibles, en effet, la cocaïne peut être considérée comme un véritable tonique du cœur. Elle augmente à la suite de son absorption l'énergie des contractions cardiaques, le nombre des battements n'étant pas augmenté. L'augmentation de la pression sanguine est également la règle.

Comme l'a bien vu Vulpian, cette période d'état est toujours précédée d'une baisse de pression passagère qui coïncide avec un ralentissement des contractions cardiaques. Cette action est due à une action transitoire de la cocaïne sur l'endocarde.

En définitive, l'élévation de la pression sanguine due à la cocaïne, est surtout le résultat d'une excitation des centres vaso-moteurs centraux médullaires, mais aussi à une excitation du plexus nerveux intra-vasculaire accompagné d'une diminution de l'élasticité des vaisseaux, diminution d'autant plus considérable que la dose de cocaïne introduite dans l'organisme est plus forte.

La *digitale* et les *digitaliques* forment le noyau des médicaments hypertenseurs agissant spécialement sur l'appareil nerveux périphérique. Ce n'est pas à dire que ces médicaments agissent uniquement sur les appareils nerveux du cœur et des vaisseaux, au contraire, leur action est très complexe, ils agissent à la fois sur les centres nerveux, les nerfs et ganglions périphériques, et même pour certains d'entre eux sur le myocarde lui-même; mais leur action prédominante se fait surtout sentir sur les éléments nerveux périphériques et leur action pharmacodynamique se manifeste de la même façon ou, à très peu de chose près sur le cœur normal et sur le cœur isolé de certains animaux; aussi, a-t-il paru plus logique de les étudier en raison de ce fait dans ce groupe.

La digitale agit surtout en renforçant l'énergie cardiaque; son action sur les vaso-moteurs est très nette, mais ne vient pourtant qu'en seconde ligne. Grâce aux travaux de François Franck, on sait à l'heure actuelle que cette action se produit par l'intermédiaire d'une action sur le système nerveux central, sur les ganglions auto-moteurs du cœur et sur le myocarde lui-même.

La digitale produit une augmentation très nette de la systole par suite d'une contraction plus complète du ventricule qui se vide mieux. Cette action a d'autant plus d'importance qu'un ventricule insuffisant est de moins en moins capable de se débarrasser de son contenu. D'autre part, il existe un ralentissement du pouls et une régularisation par suite de l'excitation des nerfs (pneumogastrique).

L'action de la digitale sur la pression sanguine est sous la dépendance d'une part, de l'énergie cardiaque, d'autre part, sous l'influence d'une vaso-constriction périphérique très nette qui s'exerce même avec des doses très faibles de digitale. C'est surtout en effet sur le système porte que se manifeste l'action vaso-constrictive de la digitale, dans certains cas cet effet utile peut se transformer en une action nuisible ; par suite de la résistance artérielle le travail du cœur peut être augmenté inutilement, et cela, surtout dans les affections cardiaques où la tension est déjà élevée.

Le *strophantus*, bien étudié par Polaillon et Carville et par François Franck, se rapproche beaucoup comme action physiologique de celle de la digitale; cependant il exerce une action beaucoup moins intense sur les vaisseaux périphériques, par contre, son action sur l'énergie cardiaque est beaucoup plus rapide et beaucoup plus intense que celle de la digitale, mais en raison de son activité tonique il est beaucoup moins employé surtout

depuis quelques années. C'est plutôt un cardio-tonique qu'un tonique cardio-vasculaire.

Le *muguet* par contre, qui possède une action moins brutale, tend à prendre une place importante parmi les médicaments cardiaques. Une étude physiologique sérieuse vient d'être faite il y a quelques mois par M. le Professeur Pouchet et Chevalier qu ont utilisé le suc frais de muguet préparé industriellement, actuellement sous le nom d'Energétène du muguet. L'association de la convallamarine et de la convallarine telle quelle existe dans la plante fraîche possède de nombreux avantages. L'action de le convallamarine qui est analogue à celle de la digitaline est de ce fait un peu modifiée, l'action hypertensive est beaucoup moins forte et se fait peu sentir, et lorsque l'action diurétique devient beaucoup plus intense par suite de l'action propre de la convallarine sur l'épithélium rénal. Du reste, il est à remarquer que même avec la convallamarine pure on n'obtient pas les augmentations de pression que l'on a pu constater à la suite de l'emploi de la digitale, mais seulement une augmentation de l'énergie cardiaque et une régularisation dues surtout à une action de la substance sur les appareils nerveux du cœur. C'est donc un toni-cardiaque et un diurétique à employer de préférence dans les cas d'hypertension.

L'*adonis vernalis* et l'*adonidine*, l'*anagyris fœtida* et l'*anagyrine*, sont actuellement peu employés. Nous n'en parlerions pas ici s'ils n'étaient de bons succédanés de la digitale et si l'anagyrine surtout n'était remarquable par ce fait qu'elle augmente dans une très notable proportion le travail propre du cœur tout en touchant fort peu les vaisseaux périphériques et en n'augmentant ainsi que dans une faible mesure la tension sanguine. Elle participe donc de l'action de la digitale et du muguet et s'adresserait spécialement à l'asthénie myocardique avec hypertension légère.

L'action physiologique de la *Scille* est aussi mal connue que sa composition chimique. Des recherches se poursuivent sur cette drogue au laboratoire de M. le Professeur Pouchet. Elle possède à la fois une action toni-cardiaque et une action diurétique. On peut dire à l'heure actuelle que la saponine (saposcilline) à laquelle elle doit son activité physiologique produit à doses faibles une augmentation de l'énergie cardiaque qui se traduit par un ralentissement et une régularisation des contractions cardiaques accompagnée d'une augmentation de la tension sanguine. A doses fortes et déjà toxiques, au contraire il se produit une accélération immédiate des battements cardiaques et plus tard seulement un ralentissement avec chute brusque de la pression. L'action paraît surtout se porter sur les centres cardiaques, les vaisseaux sont peu touchés dans leur contractilité. Le système nerveux central n'est réellement atteint qu'à la période toxique et la mort doit être surtout attribuée à l'action hémolysante de la substance. Cette action ne doit pas entrer en ligne de compte au point de vue thérapeutique et elle ne se produit que par l'introduction directe de la substance dans le sang. Il faut cependant, avec toutes les préparations de scille, faire état de l'action irritante des substances actives qu'elles contiennent (saponines), action irritante qui se produit toujours mais, heureusement, d'une manière beaucoup moins marquée avec ces préparations qu'avec la drogue à l'état frais.

A côté de ces médicaments qui agissent principalement sur le système nerveux cardiaque, il en existe un certain nombre qui, tout en agissant comme hypertenseurs, exercent la presque totalité de leur action sur les appareils vaso-moteurs vasculaires.

La nicotine nous fournit le terme de transition. Ce n'est pas un médicament cardiaque mais son importance dans la production pathologique de l'hypertension est telle que nous ne pouvons la passer sous silence.

L'appareil circulatoire est en effet très sensible à l'action de cet alcaloïde. Il exerce surtout une action paralysante sur les extrémités terminales des pneumogastriques. De plus elle donne naissance à une vaso-constriction périphérique intense qui a son origine dans l'action principale qu'elle exerce sur les centres vaso-moteurs et sur les appareils vaso-moteurs des vaisseaux, qui sont également touchés comme l'ont montré les expériences de Wertheimer. L'augmentation de la pression sanguine se fait toujours sentir à la suite de son action et est très durable malgré la rapidité d'élimination de cet alcaloïde.

L'hypotension consécutive à l'hypertension ne se fait sentir qu'à la suite de l'emploi de fortes doses et est toujours l'indice d'une intoxication grave.

L'*ergot de seigle*, au contraire, agit surtout sur les vaso-moteurs périphériques. Son action en bloc est bien connue et à la suite de son emploi on voit toujours se produire une vaso-constriction intense avec augmentation de la tension sanguine. Par contre, son action élémentaire est encore l'objet de nombreuses discussions. Sa composition chimique a besoin d'être élucidée et les produits que l'on a retirés actuellement et la drogue paraissent surtout être des produits de dédoublement et non des corps préexistants dans la plante. L'ergotinine en raison de son insolubilité est sinon totalement inactive, du moins très peu active et est peu utilisée. La sphacelotoxine de Kobert est un vaso-constricteur énergique par action directe sur les terminaisons nerveuses des vaisseaux en provoquant la contraction spasmodique des fibres musculaires.

L'acide ergotinique au contraire possède une activité spéciale sur les centres nerveux et agit surtout comme hypotenseur. Aussi suivant la prédominance de la sphacelotoxine ou de l'acide ergotinique dans les diverses préparations galéniques d'ergot, voit-on survenir soit de la vaso-constriction périphérique avec forte augmentation de pression, soit au contraire des troubles circulatoires avec action périphérique faible, en changement peu marqué dans l'état de la tension. Pour ce motif l'Ergotine Bonjean, comme l'a montré M. le Pr Pouchet est, quant à présent, en thérapeutique, la préparation de choix à employer, quand il y a lieu de faire usage de l'ergot de seigle, c'est-à-dire, lorsqu'on voudra obtenir le relèvement de la tension sanguine par action périphérique.

L'action de l'*hydrastis canadensis* sur la circulation a besoin également d'être encore étudiée dans ses détails. Cependant à l'heure actuelle on est à peu près fixé sur ce point que l'hydrastis agit uniquement sur le système nerveux vaso-moteur périphérique et aussi peu que possible sur le système nerveux central ; à la suite de son emploi, on voit se produire une succession de variations de la pression sanguine. Il se produit d'abord une augmentation considérable de la pression, qui est due surtout à des contractions vasculaires, puis au bout de quelque temps à cette vaso-constriction succède de la vaso-dilatation paralytique avec baisse de la pression sanguine, puis enfin, il se reproduit de la vaso-constriction qui persiste alors pendant assez longtemps.

Ces phénomènes sont surtout fortement marqués dans les territoires vasculaires innervés par le nerf splanchnique, mais les contractions vasculaires s'exercent également sur la périphérie comme le prouvent les expériences où l'on pratique la compression de l'aorte. L'action nerveuse centrale de ce médicament est nulle ou presque nulle.

Parmi les médicaments qui agissent spécialement sur le muscle cardiaque en augmentant sa contractilité et son énergie, nous avons déjà vu la digitale mais les véritables corps de ce groupe sont constitués par les caféïques et les bases xanthiques.

La *Caféine* ou di-méthyl-xanthine est le myosthénique cardiaque par excellence et son emploi est surtout indiqué dans le cas d'asthénie cardiaque. Elle a été dans ces dernières années utilisée d'une façon exagérée et, s'il est vrai qu'elle s'élimine rapidement et

ne provoque que rarement des accidents, son usage un peu trop prolongé ou son administration à dose trop élevée a pu amener des troubles cardiaques souvent méconnus ; mais pourtant réels. Elle provoque, en effet, en raison même de son action myosthénique une action parfois contracturante et tétanisante du myocarde qui n'est pas sans inconvénients et qui peut et doit facilement être évitée.

Son action sur la circulation et la tension sanguine peut se résumer ainsi. A doses thérapeutiques il y a augmentation du nombre des contractions cardiaques, augmentation de leur énergie et augmentation de la pression sanguine, en un mot renforcement de l'action du muscle cardiaque en présence d'une résistance périphérique ou d'un affaiblissement myocardiaque. A doses toxiques, l'accélération cardiaque est encore augmentée mais l'amplitude et l'énergie des contractions diminue et il se produit de la contracture myocardique avec chute brusque de la pression.

Comme l'ont montré M. le Pr Pouchet et Chevalier, l'action de la théobromine et de la théocine sur le cœur et l'appareil circulatoire est identique, à l'intensité près, comme mécanisme. La théocine s'en rapproche beaucoup et n'en diffère guère que par une action irritante plus prononcée. L'action de la théobromine, par contre, se fait plus sentir sur l'épithélium rénal et beaucoup moins sur le cœur, aussi ne faut-il pas à proprement parler la considérer comme un hypertenseur vrai.

Les sels de *Baryum* et en particulier le chlorure de Baryum a été employé comme hypertenseur. Son action sur la tension sanguine est très nette mais, en raison de sa toxicité, son emploi n'est pas à recommander, quoique dans ces derniers temps un élève de Kobert, Schedel en ait préconisé l'emploi. C'est surtout un poison cardiaco-vasculaire ; à doses thérapeutiques, il diminue la fréquence des pulsations cardiaques et augmente le travail du cœur. La pression sanguine est également augmentée. L'élévation de la pression est indépendante de l'action sur les centres vaso-moteurs de la moelle allongée, elle se produit surtout par l'intermédiaire de l'action sur le muscle cardiaque et aussi sur les fibres lisses des vaisseaux qui sont fortement contractés.

Les éléments nerveux ne sont touchés qu'à doses toxiques et lorsque les éléments musculaires sont déjà en partie paralysés.

Les sels de *potassium* par contre pourraient beaucoup mieux être employés comme agents thérapeutiques et Huchard trouve qu'on les néglige trop. Leur toxicité n'est pas si élevée qu'on a bien voulu le dire et il faut faire un départ absolu entre l'emploi médicamenteux et l'essai physiologique qui peut évidemment nous renseigner sur le mécanisme de l'action pharmaco-dynamique mais donne naissance à des phénomènes que nous ne devons jamais retrouver dans l'emploi thérapeutique.

On observe, à doses médicamenteuses, du ralentissement des contractions cardiaques avec augmentation notable de l'énergie. La tension sanguine est toujours augmentée d'une façon nette et durable. Ces phénomènes sont surtout dus à l'action du potassium sur le myocarde lui-même et sur les fibres lisses des vaisseaux périphériques. Le système nerveux central n'est presque pas influencé.

Cette action est cependant assez difficile à utiliser, le potassium et tous ses sels sont, en effet, à un degré moindre, mais cependant encore assez remarquable, un poison musculaire et à l'action tonique excitante fait bientôt suite une action brusque paralysante.

Bien des incertitudes règnent encore au sujet du mécanisme intime de son action et la question est à reprendre toute entière.

A côté de ces médicaments hypertenseurs il en existe un qui est employé comme tel, mais qui, comme l'ont montré M. le professeur Pouchet et M. Chevalier, n'exerce aucune influence sur la tension sanguine, c'est la spartéine.

Le genet et la *spartéine* possèdent en effet des propriétés toni-cardiaques mais l'action est presque uniquement d'origine nerveuse centrale ; c'est une stimulation nerveuse qui se produit et le cœur lui-même et les vaisseaux périphériques ne sont que fort peu intéressés. Dans tous les cas il ne se produit pas d'augmentation de la pression sanguine, la pression ne bouge pas à doses médicamenteuses ; ce n'est qu'à doses toxiques qu'elle tombe brusquement par suite de la diminution du tonus, puis de la paralysie du système nerveux central et périphérique. Le suc de fleurs de genêts, en raison de la scoparine qu'elle contient, possède des propriétés diurétiques remarquables qui doivent le faire préférer dans certains cas où, en plus d'une action toni-cardiaque, il est nécessaire d'obtenir une action diurétique qui soulagera également indirectement la circulation générale.

Les agents de la médication hypotensive sont en grande partie constitués par les médicaments qui agissent sur le système nerveux périphérique une action hypotensive s'exerçant sur le système nerveux central l'action qu'ils peuvent exercer sur le muscle cardiaque lui-même étant toujours une action toxique et inutilisable, que nous n'avons pas à considérer ici. L'aconitine, les préparations d'aconit d'une part, l'acide salicylique et ses dérivés d'autre part, tout en agissant surtout sur le système nerveux central, peuvent provoquer une action hypotensive utilisable en thérapeutique. En réalité, cette action n'est que secondaire et elle n'est le plus souvent que le corollaire et l'adjuvant d'une action thérapeutique que l'on cherche à utiliser.

Avec l'*aconitine,* on voit surtout à doses médicamenteuses se produire de l'accélération des contractions cardiaques avec abaissement plus ou moins considérable de la pression. Ces effets sont surtout dus à une action nerveuse centrale transmise par l'intermédiaire des pneumogastriques. On observe assez souvent de la vaso-dilatation périphérique de même origine.

L'acide *salicylique* et ses dérivés possèdent en définitive une action hypotensive assez nette dans certains cas surtout avec les éthers de cet acide. Elle est quelquefois précédée d'une période pendant laquelle il y une légère hypertension. On a noté soit une augmentation, soit une diminution de la fréquence du pouls, l'énergie systolique est le plus souvent augmentée mais il y a toujours de la vaso-dilatation périphérique et surtout de la vaso-dilatation rénale. Comme l'ont démontré Blanchier et Oltramare, ces diverses actions sont uniquement sous la dépendance du système nerveux central, l'acide salicylique agissant exclusivement sur la substance grise des centres nerveux.

Les vrais modificateurs périphériques hypotenseurs sont les *nitrites* et les *iodures* et n'exercent qu'une action limitée sur les éléments périphériques. Ils agissent plutôt comme hypotenseurs indirects, par suite surtout des modifications qu'ils pratiquent dans la vitesse et le volume du sang. L'abaissement de la tension sanguine se produit toujours comme l'ont démontré Huchard et Eloy, mais l'action surtout utile des iodures dans l'artério-sclérose en particulier est celle qu'ils exercent sur la nutrition générale et l'action diurétique indirecte qui provoque le départ des déchets organiques doués pour la plupart, comme on le sait, de propriétés vaso-constrictives énergiques. De plus, ils agissent favorablement en améliorant l'élasticité des tuniques artérielles et, par suite, soulagent le travail du cœur.

Le groupe des nitrites comprend un certain nombre de médicaments minéraux ou organiques qui possèdent à un degré plus ou moins accentué les mêmes propriétés physiologiques. Ils se différencient les uns des autres, surtout par la rapidité et la durée de leur action vaso-dilatatrice. Certains, comme le nitrate d'amyle, agissent presque instantément, d'autres au contraire, comme le tetranitrate d'érythrol, ont une action

beaucoup plus lente à s'établir mais aussi plus durable. Enfin, pour d'autres, le nitrite de soude en particulier, comme l'ont bien montré A.-P. Robin et Chevalier l'action hypotensive est plus faible, moins brutale, plus maniable et d'une durée d'action plus longue que celle des précédents. L'étude physiologique des médicaments de ce groupe a été surtout faite par Lauder Brunton et son école. Le mécanisme de l'action hypotensive de tous ces médicaments est identique. Ils agissent sur les vaso-dilatateurs périphériques par action excitante directe des vaso-dilatateurs. Il n'y a à faire intervenir ni une action paralysante sur les vaso-constricteurs, ni une action quelconque sur les muscles. L'action nerveuse centrale ne se fait sentir qu'à doses toxiques et elle se traduit par de la paralysie. On constate, en même temps, une action toxique très nette sur les globules sanguins dont l'hémoglobine passe à l'état de méthémoglobine. Il est cependant important de constater que cette action est passagère et qu'il ne se produit que très rarement des destructions globulaires avec des doses thérapeutiques.

La *quinine*, en dehors de son action antimalarique bien connue, possède également une action importante sur le cœur et la circulation. A vrai dire, cette action n'est pas utilisée à proprement parler, en thérapeutique, mais elle doit être signalée en raison de son application possible. Employée à doses faibles, elle provoque une accélération plus ou moins notable des contractions cardiaques et une élévation passagère de la pression sanguine. A doses fortes, au contraire, on voit survenir un ralentissement du pouls succédant à une accélération plus ou moins passagère, avec abaissement persistant de la tension sanguine. Comme l'ont bien démontré un certain nombre d'expérimentateurs, il y a vaso-dilatation périphérique et action paralysante de la quinine sur les vaso-constricteurs, mais c'est le cœur qui joue le rôle le plus important et qui par sa diminution d'énergie, provoque en définitive la baisse de pression. Cette diminution d'énergie cardiaque est d'autant plus rapide et d'autant plus considérable que la quinine arrive plus rapidement dans les vaisseaux propres du cœur comme l'a démontré Briquet.

Dans ces dernières années, de nombreuses recherches physiologiques ont été faites sur un certain nombre d'extraits organiques retirés de glandes ou de tissus d'animaux. La chimie de ces tissus ou glandes est encore à l'état embryonnaire. Au point de vue physiologique, nous connaissons un certain nombre de résultats expérimentaux nets et précis; mais dans la plupart des cas, la mécanique de l'action physiologique de ces différentes substances est encore absolument hypothétique. C'est ainsi que l'on a expérimentalement constaté que les extraits de corps pituitaire, de rate, de parotide, de rein produisent l'hypertension artérielle; tandis que ceux de corps thyroïde, d'ovaire, de foie, de thymus, de pancréas, produisent au contraire de l'hypotension.

Pour ne nous occuper que des extraits produisant l'hypotension, nous signalerons seulement que, d'après les expériences de Gley et Langlois, l'injection d'extrait de glande thyroïde provoque un abaissement brusque de la tension sanguine, quelquefois accompagnée d'asthénie et de collapsus cardiaque. L'extrait ovarique a également provoqué une hypotension considérable, mais il ne réussit guère que dans certains cas accompagnant la ménopause; et, en définitive, cette médication n'est pas applicable au traitement des cardiopathies soit artérielles, soit surtout valvulaires, en raison de sa brutalité, de son danger ultérieur et aussi de sa fugacité.

Dans ces derniers mois, on a beaucoup parlé de l'action de l'adrénaline et des extraits de capsules surrénales sur la circulation. En raison de son action secondaire prédominante, l'adrénaline doit, d'après nous, être classée parmi les hypotenseurs. L'action vaso-constructive et hypertensive de cette substance est en effet essentiellement

passagère. Mais encore bien plus que pour les autres substances ci-dessus signalées, son emploi en thérapeutique doit être essentiellement rejeté, étant donnée la brutalité de son action et les accidents qui peuvent être redoutés, à la suite du véritable coup de bélier qui se produit lors de son introduction dans l'économie. Josué a du reste signalé, dans ces derniers temps, la production d'athérome siégeant sur l'aorte à la suite de l'emploi répété chez les animaux de cette substance. Le mécanisme intime de son action pharmacodynamique n'est pas encore complètement élucidé, mais d'après les faits connus, cette action est très probablement d'origine centrale, quoique provoquée en partie par une action directe snr les vaso-moteurs périphériques.

Signalons enfin le *sérum de Blondel* (*lacto-sérum*), doué d'une action hypotensive très nette, en ce moment en expérience dans plusieurs services hospitaliers : l'auteur se réserve de publier ses observations dans un travail d'ensemble qui paraîtra prochainement ici même.

Comme on peut le voir par ce rapide exposé, nous ne manquons ni d'agents hypertenseurs ni d'agents hypotenseurs, avec des modalités diverses indiquant plus particulièrement leur emploi dans telle ou telle affection cardiaque ou vasculaire. Malheureusement, le mécanisme de leur action est, au point de vue physiologique, encore assez mal connu. et c'est surtout par l'empirisme ou plutôt par l'observation clinique que l'on en est arrivé à préférer tel ou tel médicament dans un cas défini.

Il faut espérer que cette lacune sera bientôt comblée par l'étude plus approfondie de leur action physiologique par l'expérimentation chez les animaux, mais aussi par l'étude systématique des modifications produites dans la tension sanguine à la suite de leur emploi médicamentenx chez l'homme.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies générales non infectieuses et intoxications

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Rôle pathogénique des modifications de l'acidité urinaire, déductions thérapeutiques, par M. HOUBOTTE (*Archives médicales Belges*, juin 1904). — La recherche de l'hypoacidité urinaire fournit des indications précieuses au point de vue thérapeutique dans beaucoup de maladies chroniques. L'acide phosphorique est le médicament de choix destiné à relever l'acidité urinaire. On pourrait fournir cet acide en produisant un régime où prédomineraient les pois, les lentilles, les haricots, les fèves, etc., mais outre que ce régime ne serait pas facilement toléré, il introduirait dans l'organisme des quantités exagérées de potasse, de chaux et de magnésie qui pourraient augmenter l'hypoacidité au lieu de la combattre.

Le lait, d'autre part, par sa teneur en phosphates est essentiellement réparateur pour les malades affaiblis par une alimentation insuffisante en phosphate. Mais le régime lacté a le grave défaut d'introduire dans l'économie une quantité d'eau excessive surtout chez les adultes dont la peau fonctionne moins activement, ce qui fait que la diurèse s'activant, une plus grande quantité de matières salines s'élimine par les urines.

L'auteur préconise simplement l'acide phosphorique officinal en solution dans l'eau bouillie de façon que chaque cuillerée à café contienne 125 milligrammes d'acide anhydre, et on prescrira par jour quatre cuillerées à café, une au repas du matin, deux aux repas de midi et une le soir. Le vin masque l'acidité du médicament. Si les doses doivent être plus élevées, le médicament peut être pris sous forme de limonade au citron, à l'orange, au moyen d'un sirop contenant 20 grammes d'acide phosphorique par litre ou 43 cc. d'acide officinal et aromatisé avec 20 cc. de teinture de zestes de citron. Dans tous les cas, on ne doit arriver que progressivement aux fortes doses, la dose maxima pouvant être fixée, d'après Joulie, à 4 ou 5 grammes. Cependant dès que la dose est un peu élevée, l'estomac ne supporte pas toujours le médicament. On peut alors avoir recours à d'autres médicaments phosphoriques, notamment aux phosphates acides, à l'acide phosphodrinique, aux glycérophosphates et à l'huile phosphorée.

Le phosphate acide de soude, d'une acidité beaucoup moins intense que l'acide phosphorique, s'emploie en solution. En ajoutant 125 grammes de phosphate de soude pur cristallisé à un litre de la solution à 68 0/0 d'acide phosphorique officinal, on obtient une dissolution de phosphate acide de soude dont le mode d'emploi est le même que celui de la solution phosphorique primitive. Les phosphates acides de soude et de potasse conviennent surtout aux malades qu'une phosphaturie antérieure a privés d'une partie des phosphates indispensables au bon fonctionnement des cellules. Le phosphate de soude est particulièrement utile au sérum sanguin et le phosphate de potasse aux cellules nerveuses. On aura recours au premier dans les cas où prédominent les accidents cardiaques et au second dans les cas d'affaiblissement du système nerveux. Mais s'il s'agit surtout de relever l'acidité générale et par suite l'acidité urinaire, c'est à l'acide phosphorique même qu'il faudra s'adresser. Les phosphates acides ne peuvent être utilisés que dans les cas d'hypoacidité légère et pour préparer les estomacs susceptibles à l'usage de l'acide.

L'acide phosphorinique, conseillé par Jolly, est une combinaison d'acide phosphorique et d'alcool. Sous l'influence de l'oxygène respiratoire, la molécule alcoolique est brûlée en formant de l'eau et de l'acide carbonique, et l'acide phosphorique devient libre. Il est facilement toléré et reprend toutes les propriétés de ce dernier dans l'intimité des tissus.

Les glycérophosphates présentent certainement des avantages sur les phosphates alcalins pour fournir à l'économie sa ration de phosphates, mais au point de vue spécial de la thérapeutique de l'hypoacidité, les glycérophosphates acides seuls présentent de l'intérêt, et peuvent être employés pour relever l'acidité générale.

Les glycérophosphates acides de sodium possèdent toutes les propriétés générales des glycérophosphates et de plus exercent, quand on les administre à doses suffisantes, une action laxative cholagogue utile chez les dyspeptiques hypersthéniques.

Baudet formule de la manière suivante :

Phosphoglycérate acide de soude à 90 0/0..... 220 grammes
Eau bouillie 15, 0 pour faire un litre.

Un verre à liqueur de 20 cc. contient 4 grammes de sel, il suffit de 2 à 3 verres par jour pour obtenir un relèvement notable de l'acidité urinaire en même temps que l'amendement de l'état général. Quant au phosphore en nature, la conclusion de l'auteur est qu'il vaut mieux y renoncer et s'en tenir à l'acide phosphorique.

L. Jumon.

Traitement diététique du diabète, par Robert Hutchinson (*The Practitionner*, juin 1904). — Etant donné que tous les cas de diabète n'offrent pas le même degré de gravité, chaque cas doit être traité selon ses particularités. A ce point de vue, l'auteur distingue les cas légers dans lesquels il existe une certaine tolérance à l'égard des hydrates de carbone et les cas graves dans lesquels cette tolérance est absente.

Dans les cas légers, on cherchera le degré de tolérance du diabétique pour les hydrates de carbone, et on ne lui en permettra que la quantité qu'il est capable d'assimiler. Si, par exemple, le malade commence à rendre du sucre avec 120 grammes de pain, on ne lui en permettra que 60 grammes avec les aliments permis. De temps en temps, deux fois par an, on le soumettra à une période de régime sévère pour laisser complètement reposer la fonction assimilatrice pour les hydrates de carbone.

S'il s'agit d'un cas grave, le régime d'épreuve montre que le patient rend plus de glucose qu'il n'ingère d'hydrates de carbone. Il faut, avant d'aller plus loin, examiner l'urine avec le perchlorure de fer au point de vue de la présence de l'acide oxybuturique et d'autres substances congénères. Si la réaction est positive, il faut éviter le changement brusque de régime qui exposerait au coma. On réduit lentement la quantité des hydrates de carbone et on donne par jour 15 à 30 grammes de bicarbonate de soude par jour. On peut alors progressivement passer au régime d'aliments gras et azotés. Si le régime est mal supporté, on revient à une certaine quantité d'hydrate de carbone et de lait, il peut arriver, en effet, que le régime azoté augmente la glycosurie. Même lorsque tout va bien, il ne faut jamais permettre plus de 500 gr. de viande rôtie par jour. Dans quelques cas, il faut être satisfait quand le sucre ne dépasse pas 100 grammes par jour.

Si la réaction par le perchlorurure est absente, on peut procéder plus hardiment au changement de régime, tout en procédant graduellement. On élimine du régime les aliments sucrés et les hydrates de carbone, même le lait, en tout cas, on ne permet que du lait sans sucre. Si la glycosurie disparaît, on maintient le régime aussi longtemps que possible. Quelques se maines plus tard, on revient aux hydrates de carbone avec précaution, afin de savoir si la puissance d'assimilation a augmenté. Mais le plus souvent, on constate que cette faculté d'assimilation pour les hydrates de carbone diminue plutôt avec le temps.

Les aliments gras sont très utiles aux diabétiques, seuls ils n'augmentent jamais la glycosurie. Les diabétiques peuvent donc en user autant que possible sous forme de lard et de beurre ; l'huile d'olive est un corps gras pur. Tout diabétique devrait consommer au moins un quart de beurre par jour. Le thé ou le café peut être pris avec de la crême. Si la digestion est difficile, le patient peut prendre avec avantage à la fin du repas un peu d'eau-de-vie.

Le diabétique peut consommer tous les aliments d'origine animale, sauf le lait. Si le régime doit être sévère, il faut cependant éviter le foie et les huîtres. On choisira les aliments gras, pour cette raison le fromage est indiqué.

Il n'y a pas de règle absolue à formuler au sujet du lait. Cet aliment est nuisible à quelques diabétiques en augmentant la glycosurie et la soif. Cependant, il peut rendre de très grands services dans tous les cas graves. On se décidera d'après un essai dans chaque cas.

La plus grande difficulté dans le régime du diabétique est peut-être de trouver à remplacer le pain. Le pain de gluten contient encore de l'amidon. Un grand progrès a été réalisé avec le pain de caséine et des biscuits variés qui sont inoffensifs. Quant au pain grillé, il est plus riche en hydrate de carbone que celui qui ne l'est pas et, par conséquent, il est plus dangereux pour les diabétiques.

Les pommes de terre sont moins riches en amidon que le pain, elles en contiennent 20 0/0 et le pain 50 0/0 ; en outre, les pommes de terre

offrent cet avantage pour le diabétique de pouvoir être consommé avec du beurre.

Les légumes verts sont inoffensifs, car la quantité d'amidon qu'ils renferment est négligeable.

Les fruits frais doivent être consommés avec prudence, il faut prescrire les fruits secs, sauf les noix qui sont riches en graisse.

La lévulose est assimilée par certains diabétiques et constitue le sucre de certains fruits. On se guidera sur un essai pour permettre au diabétique l'usage des fruits qui en contiennent.

Le diabétique a soif, il peut boire selon ses besoins, mais il faut éviter toutes les boissons sucrées. Le thé et le café, et même le cacao pur sont largement permis au diabétique.

Sitôt que le coma semble approcher, il faut supprimer le régime azoté qui favorise ces accidents. On donnera largement du lait écrémé pur ou additionné d'eau de Vichy. On prescrira les stimulants alcooliques, car l'alcool. par sa combustion, diminue sa désintégration des protéides, source de poisons acides déterminant le coma.

L. Jumon.

Traitement pharmaceutique du diabète, par W. H. Thomson (*Merck's Archives*, mai 1904). — L'auteur ne croit pas qu'il soit réellement utile de prescrire des médicaments qui, comme l'opium, la belladone, la strychnine, l'aconit, etc., sont des agents thérapeutiques purement fonctionnels, et qui ne peuvent modifier la nutrition, pour aussi longtemps qu'on les prenne. Leur action est purement temporaire et on ne peut jamais attendre d'eux la guérison du diabète. Cependant on peut les employer pour combattre pendant quelque temps des symptômes pénibles. Il en est de même lorsqu'un asthmatique est traité par les préparations de stramonium, le symptôme est atténué ou disparaît, mais la maladie existe toujours.

Il y a quelques années Thomson a été amené à recommander l'usage de l'huile de foie de morue dans le diabète. Il donnait des soins à un homme de 35 ans atteint de polyurie, d'amaigrissement, de perte des forces et lui prescrivait divers traitements sans succès. Le malade prit de lui-même de l'huile de foie de morue en grande quantité, il guérit et a toujours eu depuis une bonne santé. Son frère, de deux années plus jeune, fut atteint plus tard des mêmes symptômes, avec une glycosurie considérable. Il lui fit prendre alors de l'huile de foie de morue avec le même succès que pour son frère. Or, le traitement avait diminué la glycosurie et l'azoturie. Cependant l'huile de foie de morue est contre-indiquée dans l'obésité et chez les sujets a état sédentaire.

Le fer est indiqué chez tous les diabétiques quand ils peuvent le supporter ; il faut cependant avoir soin de combattre la constipation qu'il peut entraîner.

Thomson range l'arsenic dans la classe des antiseptiques qui peuvent agir favorablement sur le diabète, tels que le sulfophénate de soude et le permanganate de potasse.

L'antipyrine peut être remplacée par l'aspirine associée au salicylate de bismuth. Quant aux alcalins, l'auteur croit qu'il faut s'en abstenir chez les diabétiques qui maigrissent. Ils retrouvent leur emploi avec l'entéroclyse dans les accidents dus à la toxémie acide et dans ce cas, Thomson conseille en même temps les injections hypodermiques d'huile camphrée pour soutenir le cœur.

L. Jumon.

Comment traiter le rhumatisme, par J. W. Palmer (*The medical Age*, 10 juin 1904). — Sous le nom vague de rhumatisme, l'auteur comprend l'arthrite déformante, l'arthrite rhumatoïde, la névrite et la myalgie. La névrite et l'arthrite déformante sont les formes douloureuses les plus rebelles au traitement. Le diagnostic doit porter surtout sur l'étiologie, et en général, il n'est pas difficile de distinguer la myalgie et la névrite du rhumatisme, mais il est très difficile de diagnostiquer au début le rhumatisme chronique et l'arthrite déformante.

Deux points sont essentiels dans le traitement du rhumatisme, la patience et la persévérance. La première indication est de combattre les troubles digestifs, la torpeur du foie. Dans la période aiguë l'auteur a recours à l'aspirine à la dose de 0 gr. 60 à 1 gr. avec du sucre de lait donné tous les quatre heures, ou bien au salophène et à la phénacétine à raison de 0,30 centigr. toutes les cinq heures. Comme traitement local, l'auteur conseille le mésotane sous forme de pommades.

Le traitement par l'air chaud est suffisant dans les formes aiguës et doit être appliqué deux fois par jour pendant une heure. En général, la douleur disparaît au bout de vingt minutes. Le massage et les liniments sont inutiles.

L'électricité dans le rhumatisme aigu est aussi efficace que l'air chaud. L'auteur a vu des cas de rhumatisme articulaire aigu être soulagés en cinq jours par l'électricité statique, qui est bien supérieure ici à l'électricité galvanique et faradique.

Le malade doit être alimenté comme une personne atteinte d'une affection qui compromet les fonctions digestives. La diète doit autant que possible être lactée, et comprendre de l'eau alcaline ou de la limonade.

Dans le rhumatisme chronique le traitement médicamenteux diffère peu de celui de la forme

aiguë. Comme la douleur n'est pas intense, il n'est pas nécessaire d'appliquer aussi souvent le traitement par l'air chaud qui ne donne pas non plus des résultats aussi nets que dans la forme aiguë. Dans la forme chronique, c'est surtout le traitement électrostatique qui donnerait d'excellents résultats. Le mode d'application donné par l'auteur est d'ailleurs connu.

L. Jumon.

Sérothérapie du rhumatisme articulaire par Schæfer (*Ther. der Gegenwart*, mars 1904). — L'auteur a étudié l'action du sérum de Menzer dans 6 cas : aucun des malades ne fut soumis à un traitement autre que la sérothérapie, qui a toujours été fort bien supportée. Il faut toujours, après la première injection, attendre la réaction avant de continuer la médication. Dans la plupart des cas, le lieu d'injection reste un peu douloureux pendant quelques heures, et il se produit fréquemment de l'urticaire généralisée, mais ces troubles très passagers n'ont pas été assez marqués pour faire cesser le traitement.

Le sérum a-t-il une action antirhumatismale ? L'auteur croit pouvoir l'affirmer, car 4 de ses malades avaient été précédemment déjà gravement atteints de rhumatisme articulaire aigu ayant demandé plusieurs mois de traitement : tous les 4 présentaient des manifestations de rhumatisme chronique.

Traités par le sérum, ils ont été guéris en moyenne en quinze jours, et se trouvent dans un état d'euphorie qu'ils n'avaient pas connu depuis des années.

La sérothérapie n'exerce aucune action nocive sur les fonctions digestives ou autres : on n'observe ni transpirations ni troubles cérébraux. Chez un garçon de 13 ans, présentant une insuffisance mitrale consécutive à des attaques antérieures de rhumatisme, les troubles cardiaques s'améliorèrent notablement sous l'influence du sérum.

Les doses injectées ont varié de 1 à 5 gr., suivant l'âge et la réaction individuelle des malades, tous les deux jours en moyenne.

E. Vogt.

Myxœdème congénital guéri par la thyroïdine, par le Dr Patricio Barabia (*La Clinica Moderna*, janvier 1904). — Le cas que relate l'auteur est un cas typique de myxœdème congénital dans lequel on peut noter l'influence favorable de l'allaitement maternel retardant l'apparition des symptômes du myxœdème. Pendant l'allaitement, rien n'a pu faire soupçonner la maladie : les seuls symptômes observés plus tard consistèrent en un retard dans l'évolution des dents, joint à l'impossibilité de parler et de marcher, faisant contraste avec l'embonpoint excessif. Malgré l'absence de sécrétion interne de la thyroïde, comme l'allaitement produit un minimum de toxines, l'organisme peut se défendre suffisamment contre la toxémie alimentaire ; peut-être, en outre, d'autres sécrétions internes compenseront-elles le manque de thyroïdine.

L'auteur a prescrit la diète lactée exclusive et les tablettes de thyroïdine, une demi-tablette le matin et l'autre moitié le soir, avec repos de quatre jours après huit de traitement.

Après sept mois, l'enfant était totalement guéri.

F. Berini.

Maladies infectieuses

Dr LESAGE

Médecin des hôpitaux.

Discussion sur l'action du sérum antistreptococcique (*Soc. de médecine interne de Berlin*, 30 mai 1904). Menzer fait ressortir qu'auparavant on cherchait surtout une action *antifébrile* en injectant ces sérums ; or l'orateur a démontré qu'ils sont capables de provoquer des poussées fébriles chez des sujets atteints d'infection streptococcique chronique (rhumatisme articulaire, etc.). Ces sérums, quelle que soit leur origine, peuvent donc être à l'occasion dangereux : on ne peut, d'un autre côté, fixer pour eux une unité antitoxique comme pour le sérum antidipthérique. Il faut chercher à obtenir un sérum polyvalent, si l'ont veut pouvoir combattre toutes les manifestations, si variées dans leurs effets, du streptocoque chez l'homme. L'orateur estime qu'il n'existe qu'une seule espèce de streptocoque, à virulence variable.

Stadelmann estime que les courbes thermiques qui accompagnent les observations de malades atteints d'érysipèle, angine phlegmoneuse, etc., et traités par le sérum, ne diffèrent pas des courbes que l'on observe journellement dans la pratique.

Plehn a fait de nombreuses expériences concernant le traitement de l'érysipèle, avec ou sans sérum : il a constaté que cette affection ne présente pas un type fébrile continu : le type est rémittent ou intermittent, et il donc difficile d'attribuer, en cas de sérothérapie, les rémittences à l'action du traitement.

Le traitement expectant, avec pommade indifférente sur le point atteint d'érysipèle, donne

les mêmes résultats que divers traitements jusqu'ici préconisés (sérum, quinine à l'intérieur, etc.).

Karewski, au point de vue chirurgical, et se basant sur diverses observations, admet que dans certains cas, quand l'état général n'est pas encore compromis, on peut recourir à l'injection de sérum pour soutenir l'intervention opératoire.

Meyer ne donne du sérum, en cas d'érysipèle, que lorsque l'affection a une tendance migratoire, ou lorsqu'il a pour point de départ un utérus infecté (suites de couches p. ex.) : c'est alors seulement que l'on peut espérer une action antiseptique efficace. Pour les érysipèles ordinaires, le traitement par le sérum est inutile. E. Vogt.

Pseudodiphtéries streptococciques, traitement, par M. François (*Archives médicales belges*, juin 1904). — L'angine pseudo-diphtérique à streptocoques semble être une maladie toute spéciale compliquant le plus souvent la diphtérie et la gangrène du pharynx, ou bien elle se développe primitivement sur un terrain préparé par une maladie infectieuse, rougeole, scarlatine, syphilis, ou à la suite d'une lésion locale.

Dans deux cas relatés par l'auteur, l'affection était absolument primitive et s'était developpée sans cause nettement appréciable. Il y a d'ailleurs des pseudo-diphtéries dues aux staphylocoques, aux pneumocoques, aux microcoques simples et mêmes aux coli-bacilles.

La pseudo-diphtérie à streptocoques est caractérisée par un début brusque, de la dysphagie, de la rougeur de la gorge, faisant place à des fausses membranes envahissantes, de l'engorgement ganglionnaire, de l'albuminurie. Dans une variété grave, l'haleine devient fétide. La température d'ordinaire à 30° peut aller au-delà de 40°. L'état général enfin peut devenir grave. C'est surtout avec la diphtérie que le diagnostic se pose et la difficulté ne peut être vaincue que par l'examen bactériologique.

Le traitement de la pseudo-diphtérie streptococcique consiste à désinfecter le plus souvent possible les cavités buccale et pharyngienne au moyen de solutions faibles d'acide borique, salicylique et phénique, ou de thymol, à toucher les fausses membranes avec du jus de citron ou de la glycérine salolée dans les cas bénins; dans les cas graves, Teissier et Roques recommandent, après un écouvillonnage minutieux, de pratiquer des cautérisations avec :

Naphtol B.....	ãã 5 grammes
Alcool.....	
Glycérine.....	100 —

ou l'acide sulforicénique à 20 ou 30 0/0. Enfin soutenir le malade par un traitement tonique général et l'isoler surtout de tout diphtérique.

Quant au sérum antistreptococcique, malgré les avis contradictoires émis au sein des sociétés savantes, il constitue actuellement, dit M. François, un moyen de traitement qu'on ne peut plus négliger.

Les heureux résultats qu'il a donnés dans les derniers temps nous permettent de croire à son efficacité dans la généralité des infections antistreptococciques. La diversité des résultats obtenus tiendrait, d'après Schoull, aux variations de pouvoir du sérum antistreptococcique; un même cheval donnant, suivant les saignées, des sérums d'une activité très différente. Certaines variétés de streptocoques ne sont pas influencées par le sérum obtenu avec d'autres variétés. C'est pourquoi le Pr Denys a immunisé des chevaux au moyen de plusieurs streptocoques d'origine différente : il a obtenu ainsi un sérum polyvalent augmentant les chances d'atteindre le streptocoque, auteur d'une infection déterminée. Deux conditions sont importantes à remplir, pour l'employer avec le plus de chance de succès : la première, de pratiquer l'injection de sérum dès que le diagnostic d'affection streptococcique est posé, d'où l'importance d'un examen bactériologique précoce, la seconde de faire cette injection en quantité suffisante, c'est-à-dire pas en-dessous de 50 cc. Pour un adulte, la dose pourra être portée à 300 cc. pour les cas graves dans 24 heures. Ces injections pour les angines se feront au mieux dans le flanc.

Enfin on a préconisé récemment contre les infections streptococciques la levure de bière en injection hypodermique, à raison de 10 cc. répétée tous les cinq jours au minimum.

L. Jumon.

Influence favorisante du chlorure de sodium sur certaines infections (*Soc. de biologie*, 11 juin 1904). — Vincent, se basant sur des expériences sur les animaux, arrive à cette conclusion que la solution chlorurée sodique physiologique peut déterminer l'explosion des symptômes tétaniques chez des animaux contenant le bacille : il faut donc être prudent quand il s'agit d'injecter des solutions de ce genre chez des sujets atteints d'affections infectieuses. Sans doute, l'altération locale déterminée par l'injection dans les tissus permet la multiplication, *in situ*, des microbes : en outre, ces solutions ont une action chimiotaxique négative sur les leucocytes.

E. Vogt.

Traitement antiseptique de la fièvre typhoïde, par Leighton Kesteven (*Therap. Gazette*, 15 juin 1904). L'auteur a été un des premiers à attirer l'attention sur le traitement antiseptique de la fièvre typhoïde et à adopter l'eucalyptus comme antiseptique dans cette maladie. Dans une série de 220 cas, dans lesquels le traitement fut appliqué, il n'y eut que quatre cas de mort, ce qui donne une proportion moindre de 2 0/0 Peck admet, ce qui est généralement accepté, que le traitement antiseptique de la fièvre typhoïde ne peut prétendre à la destruction des germes qui ont pénétré dans la circulation, mais qu'il peut certainement diminuer les fermentations et les putréfactions intestinales. Mais il suffit que les selles soient pratiquement stérilisées sous l'influence du traitement, car les risques d'infection diminuent. L'eucalyptus répond spécialement à cette indication, car c'est un des meilleurs topiques que l'on possède. En même temps, il est doué d'une action antipyrétique très marquée et abaisse la température mieux que la quinine, d'après Kesteven. En outre, l'eucalyptus apporte un apaisement à tous les symptômes généraux de la fièvre typhoïde, tels que la tympanite, la sécheresse de la peau, de la langue, etc., et diminue l'accélération du pouls sans abaisser sa tension. Les résultats obtenus par l'auteur sont quelque peu surprenants, car l'eucalyptus posséderait une action en quelque sorte abortive, l'auteur n'ayant jamais vu durer un cas plus de vingt jours jusqu'à la guérison. La saveur du médicament ne plait pas à tous les malades, mais elle peut être masquée par la glycérine, des teintures alcooliques, le chloroforme. Dix gouttes constituent la dose minima qui peut être portée à trente par jour. L'auteur donne en même temps une alimentation assez substantielle à ses malades : bouillon, jus de viande, gelée, cacao, blancs d'œufs, lait.

Tant que la diarrhée existe, on supprime les bouillons de viande. L'hémorragie est presque inconnue avec ce traitement, si elle survient, on donne de l'ergot et de la teinture d'eucalyptus rostrata; on pourrait employer aussi l'adrénaline. Le traitement est facile, on peut se servir de toute essence d'eucalyptus, pourvu qu'elle soit pure, mais l'eucalyptol est peut-être dépourvu d'action.

L. Jumon.

Traitement et prophylaxie de la malaria chronique (*Deutsche med. Wochenschrift*, 16 juin 1904). — Bassenge donne deux observations de paludéens que l'administration de quinine en abondance n'a pas guéris, qu'elle a même amenés à un état de cachexie grave avec troubles nerveux.

Un des malades a pris (il s'y était engagé par contrat avec la Société coloniale qui l'employait) tous les 4 jours 0 gr. 50 de quinine pendant 9 mois à Cameroon, et a continué de son plein gré pendant 6 mois après son retour en Allemagne. Malgré une constance si rare, ce malade fut gravement atteint de malaria et présenta, quand on fut obligé d'augmenter les doses de quinine pour cause d'accès de fièvre palustre, de la fièvre bilieuse hématurique. Les parasites ont été retrouvés dans le sang dans une série d'examens. Les douches froides et une injection de tuberculine ont fait réapparaître les parasites, ce qui semble démontrer que toute une irritation intense provoque l'invasion parasitaire de l'arbre circulatoire.

Chez un second malade, un examen approfondi et continué pendant 90 jours quotidiennement, des poussées parasitaires dans la masse sanguine a permis, chez ce malade, d'instituer un traitement quinique rationnel et d'obtenir la guérison de la fièvre quarte qui le minait. Auparavant, on lui avait prescrit de la quinine sans procéder à l'examen du sang, et les doses de l'alcaloïde n'étaient pas ingérées au moment précis où elles eussent été efficaces.

L'auteur estime que si, dans chaque cas de malaria, on instituait le traitement antifébrile et prophylactique seulement après avoir fixé, par des examens répétés du sang, le type de l'affection palustre, on arriverait à de bien meilleurs résultats qu'en se bornant, comme aujourd'hui, à l'anamnèse. Des examens étant difficiles, il est préférable d'envoyer les préparations dans les instituts coloniaux qui étudient ces questions, lorsqu'il en existe.

E. Vogt.

Chirurgie générale

Dr Benoit

Ancien interne des hôpitaux

Suture de la carotide primitive (*Soc. de chir.*, 15 et 22 juin 1904). — M. Launay, dans un cas de blessure de la carotide primitive, en enlevant un kyste du corps thyroïde, plaça les pinces à hémostase temporaire au-dessus et au-dessous de la plaie de ce gros vaisseau et fit la suture de cette plaie au fil de lin, passé à points perforants et en surjet. La guérison fut obtenue sans incident, et on peut constater les battements normaux dans les artères carotides externe et interne. Au bout d'un an, on a encore pu vérifier la perméabilité de l'artère suturée. M. Lejars est d'avis que la modification

de technique, qui consiste à ne pas se préoccuper de ne point faire des points perforants, est acceptable; car elle assure une meilleure hémostase que les points superficiels.

M. Guinard, se basant sur une statistique personnelle de 12 ou 15 cas de ligature de la carotide primitive, sans aucun ramollissement consécutif, objecte que la ligature au-dessous et au-dessus de la plaie artérielle lui paraît le meilleur traitement à adopter. Il suffit de se garer de l'infection pour éviter les complications cérébrales. De nombreux orateurs expriment un avis contraire, des accidents immédiats trop nombreux ayant été observés au moment même où on serre le fil de la ligature. Tel est le cas de M. Lucas-Championnière : mort quelques heures après une ligature de la carotide primitive au milieu d'accidents cérébraux — celui de M. Reynier, relatant une hémiplégie le lendemain de la ligature, — celui de M. Faure : mort dans le coma au bout de vingt-quatre heures. Faut-il penser, avec M. Guinard, que dans tous ces cas le nerf pneumogastrique a été compris dans la ligature, que le danger vient surtout de lésions vasculaires antérieures chez certains malades ? C'est peu vraisemblable, et devant de pareils accidents signalés; considérant, d'autre part, que la suture a donné d'excellents résultats en mainte occasion récente, on n'hésitera pas à donner la préférence à cette dernière méthode, qui rétablit la perméabilité du vaisseau artériel, toutes les fois qu'il sera possible de l'appliquer. Citons comme exemple frappant une observation de M. Tuffier, qui sutura la fémorale au triangle de Scarpa, avec trois points de catgut 00, renforcés par quelques points sur la gaine adventive, avec un succès complet, et un cas de M. Ricard, qui sutura l'artère axillaire et constata dix mois après qu'il y avait eu réunion par première intention.

A. Benoit.

Traitement des abcès appendiculaires à prolongement pelvien (*Soc. de chir.*, 22 juin 1904). — Devant les mauvais résultats donnés par la voie abdominale pour ouvrir et drainer les abcès appendiculaires qui se prolongent dans le pelvis, M. Chaput a étudié les voies basses permettant d'atteindre les abcès. La voie vaginale est trop sanglante; les pansements sont mal supportés. Les voies sacrée et périnéale, quoique larges, ne permettent pas d'agir à son aise; les opérés sont exposés aux infections stercorales. Dans quatre opérations, l'auteur a pu se rendre compte que la *voie rectale* est celle qui donne, avec le moins de dommage, la guérison la plus rapide. On commence par dilater l'anus et aseptiser le rectum. Puis, relevant le point le plus saillant de l'abcès, on fait une petite incision. On peut ensuite, soit drainer, soit introduire l'extrémité du doigt dans cette ouverture et répéter la même manœuvre pendant les pansements consécutifs. Avec cette méthode, il n'y a ni éventration, ni fistule stercorale à craindre.

M. Reynier assure qu'il emploie la voie rectale pour ouvrir tous les abcès appendiculaires qui lui paraissent accessibles par cette voie, depuis plus de deux ans. Il a toujours eu à se louer du drainage ainsi créé, même pour les abcès pelviens très volumineux. Il a coutume, avant d'ouvrir l'abcès, de faire une ponction avec l'appareil Potain pour s'assurer du foyer purulent. Il pratique ensuite au bistouri une incision de 1 centimètre de longueur.

A. Benoit.

Hernie ventrale; cure radicale par la laparoplastie, par M. Le Fort (*Echo médical du Nord*, n° 17, 1904). — Il s'agit d'une éventration commune, de très forte dimension, qui a été traitée par le procédé autoplastique suivant, renouvelé de la méthode pyloroplastique assez connue aujourd'hui et employée par Mikulicz. Une fois la cure radicale de la hernie achevée, et l'incision primitive étant faite en ellipse à grand axe vertical dans ce but, la ligne de suture fut faite transversalement, c'est-à-dire perpendiculaire à la ligne d'incision. Une variante consiste, ainsi que M. Folet (de Lille) l'a exécuté, à réséquer largement la peau du ventre par une incision losangique. Lorsque l'opération est terminée, on suture *transversalement*, suivant une ligne unique d'abord les plans fibreux, puis la peau. On obtient ainsi une sangle qui relève la partie inférieure de l'abdomen, en ptose sur les cuisses chez les femmes obèses. Les résultats sont excellents, malgré les manœuvres prolongées auxquelles donne lieu la cure des hernies ombilicales. On remarquera d'ailleurs que l'acte opératoire n'en subit aucun allongement. On ne peut se désintéresser d'un procédé aussi utile et d'une efficacité maintenant démontrée.

A. Benoit.

Opération du cancer du sein, par Warren Dennis (*Saint-Paul Med. Journal*, juin 1904). — Jusqu'à présent, le traitement médical du cancer du sein n'a donné que des insuccès. On peut à la vérité attendre de bons résultats de la radiothérapie, mais ce traitement ne met pas à l'abri d'un retour offensif; il est possible que la technique en s'améliorant donne de bons résultatss m ais pour l'instant, une opération faite à temp

peut seule mettre à l'abri des récidives. L'auteur insiste pour que l'incision soit faite à grande distance de la tumeur, surtout du côté du bras, en disséquant la peau de manière à enlever les lymphatiques. Souvent il faut enlever une partie des muscles pectoraux pour supprimer les lymphatiques. La dissection de l'aisselle constitue le temps le plus difficile de l'opération. L'opération complète que préconise l'auteur est considérable, exige souvent de deux à quatre heures. Il n'y a presque jamais de choc, pourvu que l'hémostase soit assurée et que la malade ne se refroidisse pas. La mortalité opératoire par trois chirurgiens habiles a été inférieure à 1/2 0/0. L'éther est l'anesthésique de choix, en raison de ses effets stimulants sur le cœur. Les résultats de l'opération complète sont bien supérieurs à ceux des opérations antérieures, car la proportion des femmes qui restent indemnes au bout de trois ans est de trois à six fois plus considérable. Les conclusions suivantes terminent ce travail : Le cancer du sein est d'abord une maladie locale, les métastases ne surviennent que dans 24 0/0 des cas durant la première année. L'opération complète, préconisée dans ces dernières années, a démontré qu'on prévient la récidive locale dans 74 à 82 0/0 des cas, même lorsque les malades ont été opérées depuis plus d'un an. Il en résulte que si tous les cas étaient opérés dans la première année, on pourrait espérer 75 0/0 de guérisons définitives, et une proportion plus élevée si l'opération était faite dans les six premiers mois. Il faudrait donc vulgariser l'idée de la nécessité d'une opération complète et précoce.

L. Jumon.

L'origine hépatique des hémorroïdes (*Soc. de biologie*, 11 juin 1904). — Gilbert et Lereboullet ont tiré de leur communication des conclusions thérapeutiques, aussi analyserons-nous en quelques lignes leur travail.

Pour les auteurs, la congestion passive portale par altération hépatique est la cause de la dilatation des veines hémorroïdales. L'étranglement sphinctérien, l'endophlébite par infection locale, qu'on a tour à tour invoqués pour expliquer ce trouble morbide, doivent être relégués à l'arrière-plan.

Les hémorroïdes sont une conséquence *précoce* de la pléthore portale : tout hémorroïdaire est un hépatique avéré ou latent, et la valeur diagnostique des hémorroïdes est considérable. Parfois, leur signification pronostique est favorable, car le flux sanguin diminue la pléthore portale.

En conséquence, le traitement sera basé sur le régime alimentaire et les moyens thérapeutiques qui sont destinés à modifier l'état du foie et sa circulation sanguine. Les auteurs citent, comme traitement des hémorrhoïdes, le massage direct du foie.

E. Vogt.

Maladies des Voies digestives

Dr Soupault

Médecin des hôpitaux

Colite muqueuse et son traitement, par J. Runyon (*New-Y. Med. J.*, 14 mai 1904). — Si les malades se plaignent d'une douleur abdominale vive, s'ils rendent une grande quantité de mucosités, si ces dernières sont teintées de sang, les malades doivent garder le lit jusqu'à ce que les symptômes aigus aient disparu. La constipation exige une diète liquide. Il faut éviter le lait qui donne lieu à des scybales. Il faut préférer le jus de bœuf et le bouillon, auxquels on peut ajouter un peu de pain et quelques farine de céréales, le tout étant passé à travers une passoire. On peut permettre le jus des fruits. S'il existe de la diarrhée, on donnera une diète sèche, composée de biscuits grillés, de riz et de viandes bouillies en quantités modérées, un peu de thé est permis. Après que la diarrhée est arrêtée, on donnera des aliments de digestion facile ne contenant pas de matières grossières. Il faut proscrire le pain blanc, les tomates, les pâtisseries et les sucreries.

Comme traitement tonique général on recommandera les bains froids, le massage et l'électricité. Les intestins doivent être complètement nettoyés et dans ce but l'emploi du sel de Sedlitz est le plus convenable. Les irrigations intestinales chaudes sont utiles et on peut y ajouter des médicaments astringents variés. Contre les cas rebelles il est quelquefois nécessaire de pratiquer la coletomie droite. L'auteur pense que l'appendice pourrait être utilisé dans ces cas rebelles pour nettoyer le côlon, en introduisant le bec de la seringue dans l'appendice préalablement mis à découvert et ouvert dans ce but. L'appendice sera laissé au dehors et utilisé aussi longtemps qu'il serait utile.

L. Jumon.

L'électricité dans les affections de l'intestin, par Laquerrière (*Soc. méd. de l'Elysée*, 2 mai 1904). — L'auteur constate que chaque modalité électrique répond à des états particuliers du tube intestinal : c'est en établissant les indications de chacune d'elles qu'on peut compter obtenir

des résultats aussi constants qu'il est possible de les espérer en clinique. En laissant de côté les constipations symptomatiques (constipation des génitopathes, gastriques, hépatiques, hémorrhoïdaires, fissuraires — occlusions intestinales — coliques de plomb) où le traitement électrique approprié est souvent le traitement de choix, l'auteur se contente de rappeler que dans la fissure à l'anus, les applications de hautes fréquences donnent un soulagement considérable dès la première séance et guérissent en quelques séances. Dans les diarrhées, la faradisation à gros fil avec deux larges électrodes placées l'une à l'abdomen, l'autre aux lombes en séances prolongées (une demi-heure ou plus) procure l'espacement des selles dès les premières séances et la cessation de la diarrhée au bout d'un certain nombre de séances. Dans la diarrhée tuberculeuse en particulier, sans qu'il y ait de modification des lésions, le résultat symptomatique est extrêmement satisfaisant.

Dans les constipations légères, même ayant résisté à toutes sortes de traitements, le bain statique avec quelques variations d'application suivant que l'atonie ou le spasme prédomine, donne des résultats à peu près constants. Dans la constipation intense à forme atonique, le courant continu avec interruptions répétées, la faradisation avec chocs espacés, réveillent la tonicité de la paroi et, par l'excitation des muscles striés superficiels, occasionnent un massage des masses sous-jacentes; le tout donnant des résultats en général assez rapides mais, naturellement, variables suivant l'état de sénilité du sujet, le degré d'entéroptose, etc.

Dans la constipation spasmodique, l'auteur utilise des procédés de douceur, soit le courant continu à très haute dose, soit ce même courant continu associé à un très léger courant faradique suivant une technique personnelle. En cas d'entéro-colite, il utilise des procédés variés suivant la symptomalogie (constipation, alternance de diarrhée, diarrhée continue, algies des plexus abdominaux, etc.).

Constipation chronique (forme spasmodique). — L'auteur en général obtient le régime des selles spontanées entre la première et la douzième séance, et sur les 41 cas observés, 36 sont arrivés à avoir des garde-robes quotidiennes sans avoir recours à aucun procédé artificiel. Les résultats sont d'autant plus rapides que le patient se soumet plus aveuglément aux prescriptions très précises que le médecin doit imposer.

En ce qui concerne la constipation *quantitative*, sous l'action du traitement on voit toujours des modifications favorables. Il en a été de même pour la *constipation qualitative*; augmentation de volume des matières, aspect plus normal de la garde-robe, disparition des glaires. Sur ces 41 cas, 29 ont pu être revus depuis la cessation du traitement qui, pour certains, remonte à 18 mois, et 26 ont conservé les résultats acquis (selles spontanées sans être obligé d'avoir recours à une médication quelconque).

E. Vogt.

Du choix des diurétiques dans les ictères, par Liégeois (*Journal des praticiens*, 4 juin 1904). — Certains diurétiques conviennent dans toutes les variétés d'ictère, que le canal cholédoque soit obstrué ou libre. Le lait, par exemple, peut toujours être donné; on l'écrèmera toutefois quand les selles sont décolorées.

Dans l'ictère polycholique, avec cholédoque perméable, on prescrira l'eau potable en grande quantité, ou des tisanes (herniole, piloselle, aspérule, séneçon, etc.).

Si au contraire on se trouve en présence d'une obstruction du cholédoque, on recourra au nitrate ou au carbonate neutre de potasse, à la dose de 2 grammes par jour, ou le chlorate de soude (4 à 5 gr.)

Le benzoate et le salicylate de soude seront donnés à la dose maxima de 1 gr. 20. Comme tisanes, chiendent, fumeterre, bugrane, saponaire, etc.

Parmi les acides diurétiques, on s'adressera à l'acide citrique (60 gr. de suc frais de citron).

L'éther nitreux, à la dose de 10 à 40 gouttes, est aussi à recommander dans ces cas.

Mais le diurétique idéal dans l'ictère par obstruction ou cholédoque, c'est le grand lavement froid (1 1/2 litre à 15°) tous les matins, conservé cinq à dix minutes.

Tous ces diurétiques ne conviennent pas dans l'ictère avec selles diarrhéiques vertes et cholédoque perméable. Ici, c'est l'acétate de potasse (0,50 à 1,5 0/0) qui diminuera la sécrétion biliaire et agira sur la diurèse.

L'auteur, en cas d'ictère polycholique, commence par une purgation avec 20 à 40 grammes de sulfate de magnésie, et continue dès le lendemain avec 4 à 6 grammes d'acétate de potasse dans un litre de tisane (chardon bénit, fragon, asperge, trèfle d'eau, etc.).

E. Vogt.

Ophtalmologie.

Dr Darier

Ancien Président de la Société d'ophtalmologie

Principes du traitement de la myopie, par le Pr Sattler (*Deutsche. Med. Wochenschrift*, 17-1904.). — Les mesures d'hygiène édictées depuis longtemps ont une valeur considérable, mais la principale est « la correction permanente par les verres qui neutralisent la myopie. » Le nombre des résultats qui appuient cette opinion est aujourd'hui considérable ; l'insuffisance de convergence se trouve en même temps combattue. Il y a souvent, par l'habitude du travail trop rapproché, un excès de convergence chez les myopes non traités, qui de loin se traduit par une légère exophorie démontrée par le bâton de verre de Maddox, et l'échelle tangente.

L'important est de traiter la myopie dès le début, et de prescrire, avec une correction exacte de la réfraction, celle du déséquilibre musculaire latent. Il faut éviter le clignement dont l'effet compressif est nuisible ; pour obliger le sujet au travail à maintenir la tête droite, les lunettes à volet de Müller sont indiquées. La correction complète doit être portée jusqu'à 17 ans, chez les filles, dans les myopies moyennes, jusqu'à 25 ans dans les myopies de 10 D. A ce moment l'habitude est établie et le sujet préfère porter en permanence sa correction totale. La diminution d'amplitude d'accomodation : celle-ci est pour ainsi dire transposée avec toute sa valeur dans ses nouveaux rapports avec la convergence. Des verres prismatiques et surtout périscopiques remédient aux inconvénients de verres concaves forts. De 12 à 18 D. on peut, pour la lecture diminuer, de 3 à 4 D. le verre porté ; la correction totale diminue l'éblouissement du myope fort.

Très spéciale est l'indication de la ténotomie du droit externe dans la divergence latente, avec divergence facultative (mesurée au prisme) considérable : l'intervention doit être prudente et jamais bilatérale d'emblée.

L'auteur expose enfin rapidement les avantages de l'extraction du cristallin transparent qu'il étend jusqu'aux myopies de 13 D : il a constaté une amélioration de l'acuité, parfois une légère augmentation de myopie : l'influence sur la fréquence du décollement est nulle. Il procède en un temps, avec la lance de Weber introduite au niveau du bord pupillaire en mydriase ; l'extraction est presque totale, et la discision n'est pas toujours nécessaire ; le sujet sans pansement (simple grillage) a eu quelques jours une vision utile.

A. Darier.

Comment faut-il employer l'adrénaline pour guérir le glaucome sans opération, par le Dr Grandclément (Lyon) (*Société Française d'ophtalmologie*). — Plusieurs cas personnels ont donné à l'auteur la conviction que nous pourrons désormais guérir la plupart des glaucomes et même des affections glaucomateuses secondaires de l'œil, avec l'adrénaline et sans opération.

Mais, pour atteindre ce résultat, quatre conditions seront requises et indispensables :

1° Il faudra que le glaucome soit récent et n'ait pas encore eu le temps de produire des lésions organiques soit dans le corps ciliaire et l'iris, soit surtout dans l'angle irido-cornéen, vers le pourtour de la chambre antérieure ;

2° Il faudra, en second lieu, que l'adrénaline soit instillée dans l'œil toutes les demi-heures, et cela sans interruption aucune, jusqu'à ce que l'hypertension ait cédé, ce qui demande environ trois jours ;

3° En troisième lieu, il faudra employer concurremment l'adrénaline et l'éserine, afin de combattre simultanément les deux causes principales du processus glaucomateux, à savoir : d'une part, l'hypersécrétion de l'humeur aqueuse par le corps ciliaire congestionné ; ce sera la tâche de l'adrénaline ; — et d'autre part le défaut d'élimination de cette humeur aqueuse, par suite de l'obstruction de ses bouches de sortie dans l'angle irido-cornéen ; ce sera le rôle de l'ésérine qui, en ramenant le voile irien à sa place, dégagera les lacunes de Fontana par lesquelles elle s'élimine ;

4° Enfin, il faudra cesser ou ralentir beaucoup l'usage de l'adrénaline, aussitôt que l'hypertension aura cédé, sinon l'on s'exposerait à voir survenir une hypotension dangereuse et permanente.

Nous savons que l'adrénaline est un puissant vaso-constricteur périphérique ; qu'elle anémie plus spécialement certaines régions et certains organes pour en refouler le sang vers les gros vaisseaux centraux dans lesquels elle peut élever considérablement la pression vasculaire.

Nous savons aussi que cette puissante vaso-constriction est de courte durée, à peine une demi-heure, vu que cette substance est rapidement oxydée et détruite dans l'organisme ; de telle sorte que si nous voulons faire durer cette vaso-constriction assez longtemps pour en obtenir un effet utile, il faudra renouveler souvent et coup sur coup l'apport de cet agent

Enfin, il est démontré qu'il ne faut pas,

d'autre part, prolonger trop longtemps son usage; sinon elle déterminerait assez rapidement des incrustations intra-vasculaires de nature athéromateuse, en commençant par les gros vaisseaux, l'aorte en particulier.

C'est pourquoi certains pathologistes tendent à expliquer aujourd'hui l'artério-sclérose par une hypertrophie et une suractivité des capsules surrénales qui déverseraient ainsi une trop grande quantité d'adrénaline dans l'organisme.

L'adrénaline est donc un agent très puissant, mais aussi très dangereux, qu'il faut manier avec prudence.

Mais c'est surtout lorsqu'on l'emploie localement sur l'œil qu'il faut attentivement surveiller son action.

En résumé, l'auteur pense que nous pourrons désormais guérir, avec ces deux substances combinées, l'adrénaline et l'ésérine, et sans opération toutes les affections oculaires caractérisées par une hypertension primitive ou secondaire, mais à une condition, c'est que le processus glaucomateux ne sera pas trop ancien et n'aura pas eu le temps d'organiser dans l'œil des produits plastiques et irréductibles.

Mais pour obtenir ce résultat, il faudra se rappeler qu'il faut instiller l'adrénaline souvent : toutes les demi-heures au moins, et cela tant que l'hypertension n'aura pas cédé, ce qui exigera en général une durée de trois jours; il ne faudra pas oublier non plus qu'il faut cesser l'emploi de cette substance aussitôt que l'hypertension a cédé; sinon l'on s'exposerait à provoquer une hypotonie aussi dangereuse, sinon plus, que l'hypertension.

Si l'adrénaline n'a pas encore été employée en opthalmologie contre l'hypertension, comme elle devrait l'être, elle nous a déjà rendu de grands services, mais dans d'autres directions et pour atteindre d'autres buts.

Ainsi on l'emploie couramment à titre d'hémostatique pour pratiquer des opérations sur l'œil, sans écoulement sanguin gênant.

L'on s'en sert également pour augmenter et compléter l'action analgésiante de la cocaïne ou de l'acoïne. En anémiant la surface de l'œil, elle diminue la sensibilité des nerfs sensitifs et constitue ainsi un analgésique indirect.

Enfin, elle nous rend de grands services pour hâter et faciliter l'absorption des myotiques ou des mydriatiques dans les maladies qui ne laissent que difficilement pénétrer ces substances dans l'œil, telles que l'iritis, le glaucome et les affections glaucomateuse, etc., etc.

Mais il ne faut jamais l'employer dans les maladies de l'œil, telles que les kératites ulcéreuses et surtout par infiltration, qui réclament, au lieu d'une vaso-constriction, une puissante vaso-dilatation pour faire affluer dans les tissus malades des phagocytes réparateurs.

Ici, c'est plutôt la dionine qui est indiquée, ce puissant vaso-dilatateur, qui exerce une action diamétralement opposée à celle de l'adrénaline.

A. D.

Ichtyol dans le trachome (*Medic. Obos.*, n° 19, 1903). — Androvss a employé dans un grand nombre de cas de trachome le traitement par l'ichtyol sous forme de badigeonnages de la conjonctive avec une solution d'ichtyol glycériné à 50 0/0 ou bien sous forme d'instillations avec une solution de 6 à 25 0/0. Les véritables noyaux trachomateux ne cèdent nullement au traitement par l'ichtyol. Le trachome sec peut, sous l'influence de solutions concentrées d'ichtyol, se transformer en un trachome aigu. La folliculose est incontestablement guérie par l'ichtyol, mais la durée du traitement est deux fois plus longue que lorsqu'on a recours au traitement combiné par le sulfate de cuivre, le nitrate d'argent et l'expression des noyaux.

Les affections oculaires non trachomateuses ne s'améliorent sous l'action de l'ichtyol qu'à la condition de faire agir en même temps le nitrate d'argent.

L'ichtyol n'a pas justifié les espérances qu'on a fondées sur lui et certes, il ne recevra jamais une application aussi large que le sulfate de cuivre et le nitrate d'argent.

J. Roubleff.

Citrate de cuivre dans les affections oculaires (*Medic. Obosr.* n° 17, 1903). — Virotoff a employé le citrate de cuivre sous les formes suivantes :

1° Poudre 5 à 10 0/0 (avec sucre);

2° Pommade 5 à 20 0/0 (avec vaseline, lanoline, pommade glycerinée principalement);

3° Crayons 10 à 20 0/0 (d'après les deux formules suivantes) :

a) Citrate de cuivre	20	grammes
Gomme arabique	5	—
Poudre d'amidon	30	—
Dextrine	35	—
Sucre	20	—
Eau distillée } Glycérine }	ãã L. S.	
b) Citrate de cuivre	20	—
Gomme arabique	5	—
Sucre	20	—
Onguent glycériné	30	—
Dextrine	100	—

4° Crayons solubles à 10 0/0;

5° Lotions à 1 : 9143 (limite de solubilité du citrate de cuivre;

Le citrate de cuivre, employé sous les trois premières formes, détermine de légers phénomènes d'irritation dans les yeux, phénomènes d'irritation qui disparaissent rapidement.

Sur les 109 cas où le traitement a été employé, l'auteur en a pu suivre attentivement 89, se décomposant en pannus léger 39 cas, pannus épais 17; trachome granuleux 7; conjonctivite chronique 5; taies de la cornée 21.

C'est dans les cas de pannus léger que le succès obtenu a été le plus grand. Déjà après 3, 5 jours de traitement on pouvait constater une amélioration de la vue : les sécrétions, la photophobie et le larmoiement disparaissaient rapidement. Les malades commençaient rapidement à regarder la lumière; la vascularisation de la cornée disparaissait et les infiltrations se résorbaient. La même amélioration s'observait dans le pannus épais. Ce n'est que dans les cas de xérum que le citrate de cuivre s'est montré inefficace.

Dans les taies de la cornée les résultats obtenus par le citrate de cuivre ont été également très favorables, ce n'est que dans 19 0/0 de cas que le remède a échoué. Dans des cas plus récents l'action du citrate de cuivre a été plus énergique. Lorsque la cicatrisation de la conjonctive commençait à se faire, on obtenait de meilleurs résultats avec les crayons. Dans le pannus, il valait mieux employer simultanément la pommade et le crayon. L'action du crayon dans les cas de trachome récent se manifestait par la diminution et la disparition de la granulation; les noyaux devenaient moins saillants et fondaient en quelque sorte.

Dans les conjonctivites chroniques le traitement n'a donné aucun résultat.

L'aggravation du processus a été observée dans 11 cas, particulièrement dans le pannus. Cependant il a suffi de suspendre le traitement pendant trois à quatre jours et d'administrer de l'atropine pour voir disparaître tous les symptômes d'aggravation.

L'auteur estime que le citrate de cuivre, par la rapidité de son action, par le succès qu'il donne dans le pannus et les taies de la cornée, est supérieur à tous les moyens thérapeutiques connus. Dans le trachome granuleux, les crayons de citrate de cuivre peuvent remplacer utilement les crayons de sulfate de cuivre; mais là où le nitrate d'argent est indiqué, le citrate de cuivre ne saurait être employé. Les aggravations déterminées par le citrate de cuivre, ne sont pas bien graves. Dans les ulcères de la cornée il n'est pas toléré. Ajoutons que, d'après l'auteur, il n'y a aucun inconvénient à remettre la pommade de citrate de cuivre directement aux malades.

J. Roubleff.

Ichtargan dans les affections oculaires (*Médic. Obosr.* N° 19, 1903). — Après avoir expérimenté sur un très grand nombre de malades l'ichtargan, Koubli arrive à la conclusion que l'ichtargan n'a d'avantages sur le nitrate d'argent que peut-être dans la conjonctivité chronique sèche et dans les stades tardifs du trachome (là du reste, le nitrate d'argent n'est pas indiqué à proprement parler). Dans tous les autres cas le nitrate d'argent agit plus sûrement. Les solutions d'ichtargan doivent avoir une concentration deux à trois fois plus forte que celles de nitrate d'argent.

Roubleff.

Maladies du Larynx du Nez et des Oreilles

Dr COURTADE

Ancien interne des hôpitaux.

L'anesthésie pour les petites opérations du naso-pharynx, par Thomas D. Luke (*The Edinb. med. J.*, juillet 1904). — Le choix de l'anesthésique offre dans les opérations une certaine importance, parce que l'anesthésie obtenue doit durer un certain temps après que l'aide s'est retiré pour laisser la place à l'opérateur. C'est ensuite la position à donner à l'opéré qui doit préoccuper l'opérateur. Il y a d'abord la position dorsale, ou position de Rose, dans laquelle la tête est placée dans l'extension sur le bout de la table d'opération. C'est la position la plus avantageuse après la position latérale. Il y a peu de risque que des fragments de tumeur adénoïde tombent dans le larynx. S'il y a un saignement abondant il est facile de tourner le patient sur le côté, la tête un peu relevée. Dans la position latérale, le patient est couché sur le côté, les genoux un peu fléchis. C'est la position la plus avantageuse au point de vue de l'anesthésie, parce qu'on prévient ainsi l'accumulation du sang dans la gorge. La position simplement dorsale est moins avantageuse parce qu'il faut éponger constamment le sang.

Enfin la position assise est adoptée par beaucoup de chirurgiens qui emploient le bromure d'éthyle, mais il serait imprudent d'employer

le chloroforme dans cette position, à moins de le faire précéder d'un commencement d'anesthésie par l'éther.

Après avoir étudié en détail les différents anesthésiques à employer dans les petites opérations du naso-pharynx, l'auteur donne les conclusions suivantes :

D'après lui, la meilleure position dans les opérations chez les adénoïdiens est la position de Rose, qui est la plus commode pour l'anesthésiste et pour le chirurgien. En épongeant soigneusement, il est impossible que le sang tombe dans le larynx.

En ce qui concerne les anesthésiques, pour les végétations adénoïdes seules, le chlorure d'éthyle peut être employé d'une façon courante. Il fournit une anesthésie d'une durée suffisante et pour recourir au chloroforme, il faut qu'il existe quelque circonstance exceptionnelle qui y oblige ou qu'on ne puisse se procurer du chlorure d'éthyle.

Le dernier sera toujours suffisant dans la très grande majorité de cas de végétation et d'hypertrophie des amygdales. Il sera encore suffisant pour l'ablation des polypes, les opérations sur la cloison, les cornets, mais dans certains cas, une anesthésie de plus longue durée peut être nécessaire; on peut alors prolonger l'anesthésie avec des inhalations d'éther. Si on emploie le chloroforme, on le fera précéder de l'administration du chlorure d'éthyle et de l'éther, et on le donnera de manière à maintenir l'anesthésie entre le second et le troisième stade avec conservation du reflexe cornéen.

L. Jumon.

Valeur des applications topiques sur les voies aériennes supérieures, par Whitehill Hinkel *Thérapeut. Gazette*, 15 mai 1904. — Dès la plus haute antiquité on a fait sous des formes variées des applications médicamenteuses sur la gorge et le pharynx à travers la bouche. Le traitement local s'est élargi avec l'usage du laryngoscope. Aujourd'hui les applications médicamenteuses sont faites sous les formes suivantes : insufflations de poudres, inhalations de vapeur de substances volatiles, gargarismes, douches, pulvérisations, onguents appliqués avec des boules de coton. Après avoir passé en revue les diverses indications de ces applications, l'auteur termine son travail par les conclusions suivantes sur leur valeur thérapeutique.

L'insufflation de poudre n'est pas une forme efficace du traitement local des affections des voies aériennes supérieures. Les inhalations de vapeurs médicamenteuses rendent des services dans les premiers stades des inflammations catarrhales; leur efficacité est d'autant plus grande que la température et la saturation des vapeurs sont plus élevées. Les inhalations sèches de substances volatiles sont de peu d'utilité. Les inhalations de fumées provenant de poudres médicamenteuses arrêtent habituellement le paroxysme de l'asthme, mais il est préférable de recourir aux essences finement pulvérisées, d'une application plus agréable.

Les gargarismes ont peu de valeur à moins que le malade ne soit dirigé et entraîné dans la manière de les employer de façon à ce qu'ils arrivent sur le pharynx et le naso-pharynx. On peut les employer parfois comme un bon moyen de nettoyer le naso-pharynx et les cavités nasales.

Les douches ou injections sont principalement employées avec des solutions alcalines pour nettoyer les cavités nasales et le naso-pharynx. Ces solutions détersives constituent les applications topiques les plus importantes des voies aériennes supérieures. Les sécrétions mécaniquement retenues dans ces régions, se décomposent facilement et les irrigations sont un bon moyen de les chasser. On doit veiller à ce que le liquide ne soit pas poussé en trop grande quantité, ni avec trop de force afin de ne pas produire une infection de l'oreille moyenne. Les médicaments employés dans un autre but que le nettoyage agissent soit comme irritants à la surface des muqueuses, soit après absorption par les tissus. On les applique en pulvérisations ou en poudre directement sur la région qu'on veut modifier dans la trachée, le médicament peut être injecté à travers la glotte, directement sur les parois. Les pulvérisations doivent être habituellement réservées pour l'usage par le patient pendant les intervalles entre les traitements locaux pratiqués par le médecin, de manière à maintenir le malade sous l'influence continue du médicament.

L'absorption de certains médicaments actifs, tels que la cocaïne, l'adrénaline, le stramonium et l'atropine est très active, mais on manque d'expériences précises sur la rapidité d'absorption pour les divers médicaments.

D'une façon générale l'action thérapeutique résultant de l'application locale des médicaments reste inférieure aux résultats que donne le traitement chirurgical dans la plupart des maladies chroniques du nez, de l'oreille et de la gorge.

L. Jumon.

Guérison de l'ozène par le sérum antidiphtérique (*Deutsche med. Wochenschrift*, 2 juin 1904)

— Tarnowski a observé 3 cas de ce genre : dans un cas au début, il suffit d'une seule injection (1.500 unités) pour enrayer l'affection. Dans un autre cas, traité longtemps sans succès par le sozoiodolate de sodium, 2 injections de 1.500 unités en huit jours produisirent un effet durable.

Dans un troisième cas, datant de 40 ans environ, on n'obtint pas un résultat définitif, mais la production de croûtes diminua dans de larges proportions.

L'auteur recommande aux spécialistes de continuer les recherches dans ce sens.

E. Vogt.

Traitement de l'otite moyenne aiguë (*Deutsche med. Wochenschrift*, 21 avril 1904. — Le Pr Hartmann, de Berlin, recommande vivement les intillations de glycérine phéniquée à 10 0/0 ; leur action sédative est remarquable. Ce topique devrait être appliqué d'ailleurs dans toutes les douleurs survenant dans la région auriculaire, car il est parfaitement toléré par l'oreille saine.

Il est d'un autre côté beaucoup plus facile de procéder à une paracentèse du tympan après emploi de ces instillations, car la membrane est alors anesthésiée.

E. Vogt.

Traitement consécutif des opérations endoauriculaires, par le Dr Ricardo Baley (*Revista Ibero Americana de Ciencias Medicas*, n° 19, 1903). — Avant l'opération, antisepsie rigoureuse du conduit et du tympan.

Après la myringotomie suivie ou non de petites manœuvres, ne faire ni lavage, ni instillation : l'occlusion simple du méat auditif avec un peu de coton aseptique suffit.

Après la mobilisation de l'étrier et celle de diverses sinéchies on enraie l'hémorragie avec des petits tampons de coton et on termine par le tamponnement du conduit avec de la gaze aseptique.

Quand l'intervention endoauriculaire est plus importante, il faut surveiller et diriger la régénération cicatricielle, en réprimant la formation de granulations pour éviter des nouvelles adhérences préjudiciables à l'audition.

La gaze retirée on doit masser les osselets, insuffler de l'air avec le cathéter dès que l'incision s'est cicatrisée, le malade devant faire le valsalva, pour conserver la mobilité acquise et empêcher les nouvelles adherences.

Après la résection partielle du mur de la logette par le conduit, on doit laver l'attique, le désinfecter avec du chlorure de zinc au dixième, insuffler de l'aristol, tamponner avec de la gaze et détruire les granulations.

F. Berini.

Maladies vénériennes

Maladies de la Peau

Dr MOREL-LAVALLÉE

Médecin des Hôpitaux.

Traitement de la furonculose (*Journal des mal. cutanées*, mai 1904). — M. le Dr Gaucher, pour empêcher les furoncles de récidiver, recommande l'administration d'un antiseptique interne : il emploie pour ce faire l'acide borique, dont l'usage est inoffensif quand il est pur et qu'il n'est pas prescrit à doses trop fortes. Il prescrit :

Acide borique chimiquement pur, cristallisé et recristallisé	30 gr.
Eau distillée	1 litre.

Le malade doit prendre une cuillerée à soupe de cette préparation — soit 0 gr. 50 d'acide borique — à chacun des repas, dans sa boisson. Il est bon de diluer ainsi cette solution boriquée, car si on la donnait pure on risquerait de provoquer des crampes d'estomac. On alternera avec le goudron liquide (une cuillerée à café dans un demi-verre d'eau de Vichy) et les arsenicaux, de la façon suivante :

Pendant une semaine, goudron et solution alcaline. Pendant la semaine suivante, prendre la solution d'acide borique. Puis, prendre pendant une semaine de l'arséniate de soude. Recommencer ensuite ce même cycle médicamenteux.

E. Vogt.

Traitement local de l'acné polymorphe. — A sa leçon, du 20 janvier dernier, M. Gaucher a présenté deux cas d'acné, et à ce sujet, a déclaré qu'il n'y a que deux médicaments donnant de bons résultats en applications locales contre cette affection ; la résorcine et le soufre.

La résorcine est parfois irritante, surtout en pommade : il est préférable de l'employer sous la forme de pulvérisations avec la solution suivante :

Résorcine	1 grammes
Eau distillée	100 —

Le soufre ne doit pas, chez les acnéiques, être utilisé sous forme de pommade : chez ces malades, en effet, la peau est déjà trop grasse

et l'on ne ferait qu'augmenter cet état anormal des téguments.

Il doit être employé sous forme de lotions selon la formule suivante :

Soufre précipité pur tamisé..	6 gr.
Talc pulvérisé et tamisé.....	2 —
Glycérine officinale pure....	60 —
Eau de roses.....	120 —
Teinture de quillaya.....	10 —

Il y a lieu de prescrire le soufre précipité ou magistère de soufre, et non pas le soufre sublimé, qui est beaucoup plus irritant. Le soufre précipité est à peine jaune, presque blanc, tandis que le soufre sublimé est d'un jaune bien net. Dans cette formule, le talc est destiné à épaissir un peu la préparation et à favoriser la dissémination du soufre sur la peau, la teinture de quillaya sert à émulsionner. Il faut recommander au pharmacien de mêler au mortier par petites quantités à la fois pour obtenir un mélange bien homogène.

Cette préparation contient le soufre à l'état pulvérulent : il faut donc recommander au malade d'agiter celle-ci avant de s'en servir.

On appliquera cette lotion tous les soirs après un lavage à l'eau très chaude, qui sera répété le matin.

E. Vogt.

Choix d'une préparation inoffensive pour la teinture des cheveux (*Journal des mal. cutanées*, mai 1904. — M. Gaucher étudie cette question à propos d'une dermite aiguë de la face survenue chez une femme après une application de teinture sur les cheveux. Elle a une importance réelle, car certains individus sont professionnellement obligés de recourir à l'usage des teintures et le praticien doit pouvoir leur prescrire des préparations dont ils ne retireront aucun désavantage.

Dans la grande majorité des cas, il s'agit de teintures noire ou brun foncé. Il faut savoir que toutes les teintures à base d'aniline sont excessivement dangereuses. Le seul produit qui puisse, de façon inoffensive, donner une teinture brune est la préparation suivante :

1° Nitrate d'argent.....	5 gr.
Eau distillée.....	70 gr.
2° Sulfure de sodium....	5 ou 6 gr.
Eau distillée.....	70 gr.

Us. Ext. En flacons séparés.

(Avec 5 grammes de sulfure de sodium on a une coloration noire, car la réduction du nitrate est plus intense; avec la dose de 6 grammes on obtient une couleur palissandre foncé).

On dégraisse d'abord soigneusement les cheveux; puis avec une brosse on applique la solution n° 1 et ensuite la solution n° 2; au bout de 5 minutes, on lave la chevelure à l'eau tiède.

Appliquer, pendant ces manipulations, une couche de vaseline sur le front pour éviter les taches noires qui, sans cela, pourraient s'y produire par suite de l'écoulement des liquides. De même, il est utile de porter des gants pour éviter de tacher les mains.

Cette teinture donne très rarement lieu à des accidents d'irritation cutanée qui sont du reste bénins, et elle ne brûle pas les cheveux.

En France, on emploie beaucoup moins souvent les teintures blondes; il est plus difficile d'en trouver une bénigne. Il ne faut pas employer l'eau oxygénée qui blondit très bien les cheveux, mais qui les brûle. La seule substance inoffensive est le henné. On ne s'en servira pas sous forme de teinture alcoolique, car l'alcool dessèche le cuir chevelu. Chez les séborrhéiques pourtant, on pourrait l'usiter sous cette forme. En d'autres circonstances il faut l'employer délayé dans l'eau, en cataplasmes, que l'on applique sur les cheveux.

E. Vogt.

Les savons à base de levure (*Deutsche med. Wochenschrift*, 30 juin 1904). — Dreuw a incorporé de la levure à des savons surgras, dont on peut graduer l'énergie d'action en faisant varier le mode d'application (savonnage simple, savonnage sans lavage consécutif de savon desséché, enfin application de mousse de savon qu'on recouvre d'un pansement imperméable) On peut incorporer à ces savons toute une série de topiques utilisés en dermatologie.

Le savon à la levure s'est montré surtout efficace en cas d'acné de la face et du dos. On fera une à deux frictions par jour, de 2 à 5 minutes de durée, avec la mousse, qu'on laissera en place pour la nuit. Le meilleur savon est dans ces cas celui qui contient, outre la levure, 2 0/0 d'acide salicylique et 7 0/0 de soufre. Dans l'acné pustuleuse, il faut, avec ce traitement, 8 à 10 jours pour enrayer la suppuration.

La furonculose, les folliculites sont de même justiciables de cette médication.

Ces recherches ont été faites à l'hôpital dermatologique de Hambourg (Pr Unna).

E. Vogt.

Traitement des prurits, par Trémolières (*La Presse médicale*, 25 juin 1904). — Aux prurits généralisés dyscrasiques conviennent les saignées abondantes (200 à 250 gr.), à répéter à quelques semaines d'intervalle. Dans les dermatoses prurigènes, la guérison de celles-ci entraine presque toujours la disparition des démangeaisons (certains névropathes exceptés).

La *médication antiprurique interne* n'a pas d'effet certain. On a obtenu quelques résultats avec l'acide phénique (0,50 à 0.80 gr. par jour en pilules), le gelsemium sempervirens (10 à 30 gouttes par 24 heures, médicament dangereux), la valériane et les valérianates, les granules de sulfate ou valérianate d'atropine, 1/4 mg. (dose maxima, 4 par jour), etc. Dans les prurits d'origine digestive surtout, même en cas de prurit sénile ou vulvaire, on se servira utilement de l'acide lactique (1 gr. 50 à 2 gr. chez les adultes).

Médication externe. Badigeonnages avec : Solutions alcooliques de menthol, résorcine (1 à 3 0/0), sublimé (1 00/00): ichthyol, thiol, tuménol en solutions aqueuses ou alcooliques (5 à 10 0/0) après les lotions, on recouvre la peau avec une poudre contenant 5 à 25 parties de sous-nitrate et carbonate de bismuth pour 100 d'amidon, par exemple. Le malade frictionne avec cette poudre les surfaces pruritiques ; les mains seront soigneusement lavées et aseptisées.

Pour les petites surfaces, des pommades au cyanure de potassium (0,20 à 1,50 gr. 0/0), à l'extrait de belladone (1 0/0), etc., seront indiquées.

Les prurits de la région ano-génitale exigent un traitement local par suppositoires, ovules, etc., à la cocaïne, la morphine : ne pas oublier les badigeonnages répétés au nitrate d'argent en solution à 1/20 ou 1/10.

Les poudres fermentescibles (amidon, fécule, etc.), les topiques salolés ne seront jamais employés dans cette région.

Comme *moyens physiques*, l'auteur cite l'occlusion cutanée qu'on ne fera pas avec de l'ouate, mais avec des toiles très fines imperméables, des gélatines ou des colles.

Comme bains, on ne permettra absolument que des bains tièdes et courts, avec de l'amidon cuit ou de la gélatine (200 gr. bouillis à part et ajoutés à l'eau du bain).

Les douches tempérées (1 à 2 par jour à 35°), en jet brisé, terminées par un jet froid très court, sont puissamment sédatives et diminuent l'insomnie.

L'électrothérapie, dans ses diverses modalités, joue un rôle important : on obtient du reste, avec le simple petit appareil faradique d'usage courant, des effets calmants manifestes.

Comme *moyens chirurgicaux*, on se servira du galvano ou du thermo-cautère, des scarifications linéaires quadrillées (tous les 5 ou 6 jours), en cas de prurits locatives.

Tout récemment, on a sectionné avec succès les nerfs sensitifs de la région en cas de prurits intolérables ano-génitaux.

E. Vogt.

Le traitement mercuriel intensif : Suppression des frictions mercurielles dans le traitement des syphilis graves, par Leredde (*Rev. prat. des mal. cutanées*, 1er juin 1904). — L'auteur admet deux sortes de syphilis : celles qui guérissent par des doses de mercure un peu quelconques ; celles qui guérissent par doses de mercure élevées, c'est-à-dire par le traitement mercuriel intensif. Et l'auteur entend par ce terme qu'il faut élever les doses de mercure à la limite compatible avec la résistance intégrale de l'organisme. Au point de vue pratique, chez un adulte ne présentant pas une sensibilité particulière au mercure, on peut introduire chaque jour de 0 gr.02 à 0 gr.035 de mercure sous forme de benzoate ou de biiodure. Bien entendu, on atteint ces doses progressivement, en tenant compte des phénomènes observés chez le malade. La stomatite ne survient jamais lorsque la bouche du malade a été mise en état correct.

Il est impossible d'admettre dans les procédés du traitement mercuriel intensif, tout procédé qui ne permet pas de connaître la quantité de mercure introduite dans l'organisme, et qui ne permet pas d'introduire d'une manière certaine la même quantité chaque jour. Or, les frictions présentent précisément les inconvénients ci-dessus.

La méthode des frictions est donc un mode de traitement tout à fait incertain. L'élasticité même des doses prescrites par les meilleurs auteurs (de 4 à 20 gr. d'onguent napolitain) le prouve.

Les injections mercurielles doivent donc toujours être choisies de préférence pour le traitement intensif de la syphilis.

E. Vogt.

Maladies des Voies urinaires

Dr CHEVALIER,

Chirurgien des hôpitaux,

Ancien Chef de clinique de la Faculté

Traitement rapide du bubon suppuré par l'incision, l'expression et la suture immédiate, par Legrain (*In Ann. Gen.-Ur.* 1904, p. 768. — Voici le procédé de l'auteur :

1er *Temps* : savonner, raser la région, faire l'anesthésie au chlorure d'éthyle, inciser la peau et les tissus sous-jacents suivant le grand

axe du bubon pour arriver à la suppuration.

2e *Temps* : Expression du bubon : vider tout le liquide qu'on peut évacuer en malaxant et en exerçant des pressions assez fortes avec les doigts, sur toute la région pendant une minute. Quand il ne sort plus que du sang, éponger (sans avoir fait de lavages) avec des tampons de coton hydrophile imbibés d'eau bouillie.

3e *Temps* : Suture des lèvres de la plaie à points séparés : crin ou catgut. Pas de drainage.

Pansement avec un peu de coton et de collodion. Compression légère pendant quelques jours.

Du 8e au 11e jour ablation des fils.

S'il y a des bubons très avancés avec peau violacée, exciser la partie mortifiée, et suturer la plaie.

S'il y a plusieurs ganglions suppurant les traiter chacun successivement.

E. Chevalier.

De la prostatectomie (*Soc. de chir.*, 22 et 29 juin 1904), — M. Hartmann communique ses résultats sur 35 malades. Opération absolument bénigne, sauf deux décès sur des sujets considérablement affaiblis. Ce sont les prostates le plus facilement énucléables qui donnent les meilleurs résultats; le volume n'est que secondaire, comme importance. Chez la plupart des opérés, le bénéfice acquis a été très appréciable.

A. Benoit.

Néphrectomie transpéritonéale pour pyonéphrose calculeuse ancienne, par M. Drucbert (*Echo med. du Nord*, n° 17, 1904). — Femme de 41 ans qui présentait une tumeur volumineuse très fixe dans la fosse iliaque droite, s'enfonçant vers la région lombaire droite. Il s'agissait, ainsi que la laparatomie le fit voir, non d'un kyste des annexes, mais bien d'une pyonéphrose, ainsi que la présence de pus dans les urines le donnait à penser. A part cette pyurie, la malade ne souffrait que dans la fatigue. La tumeur rénale droite refoulait vers le milieu de l'abdomen le côlon ascendant et la masse intestinale. Elle fut attaquée en dehors, en évitant les vaisseaux nourriciers de l'intestin et en suturant ou pinçant le péritoine tout autour, afin d'opérer en dehors de sa cavité. On commença par ponctionner avec le trocart à kystes. Il y avait plusieurs grandes poches remplies d'urine purulente; le pédicule rénal fut isolé ensuite et serré dans un clamp, puis sectionné. Le rein fut isolé de sa loge et extirpé. Surjet au catgut sur le péritoine et drainage large aux tubes et à la gaze de la cavité opératoire. La malade continua à uriner du pus ; le pouls s'accéléra et l'anurie s'établissant, la mort survint après une hématemèse de un litre environ. Il est donc à penser qu'il y avait une hydronéphrose de l'autre rein. La tumeur était du volume d'une tête d'adulte, polykystique, et de nombreux calculs ramifiés étaient enchâssés dans ses différentes loges.

A. Benoit.

Cas unique de rein flottant dans lequel la néphrorrhaphie a été pratiquée avec succès, par David Newmann (*The Brit, Med. J.*, 18 juin 1904). — Les déplacements du rein peuvent être divisés en simple déplacement sans mobilité de l'organe, en rein mobile dans lequel on sent le rein derrière le péritoine et en rein flottant dans lequel le péritoine forme au rein un méso qui le rattache à la colonne vertébrale. Les deux dernières variétés ne se différencient pas au point de vue clinique, car la mobilité peut être la même dans les deux cas il n'y a que le mésonéphron qui le distingue au point de vue anatomique.

Il s'agit d'une femme de 37 ans souffrant de troubles abdominaux et de colite muqueuse. Le côlon transverse et descendant est douloureux, et à la palpation on découvre que le rein droit est très mobile. La malade souffre surtout de prostration nerveuse et de douleurs dans la région du rein droit. Le rein peut être refoulé par la palpation jusque dans le bassin et en haut au-dessous des côtes. Une fois remis en place, le rein n'en sort que si la malade se promène un certain temps.

Une incision ordinaire fut faite dans la région lombaire à la paroi abdominale, mais on ne put trouver le rein dans sa position normale, et lorsqu'on put le refouler vers la plaie, on s'aperçut qu'on ne pouvait atteindre l'organe que si le péritoine était ouvert, ce qui fut fait. On constata alors que le rein possédait un méso distinct et était entouré de toutes parts par le péritoine. Une incision fut faite sur la séreuse viscérale, la capsule fibreuse fut ouverte et le rein fut placé dans l'angle de la plaie pariétale. Il n'y avait pas de capsule graisseuse. Quatre suturés furent placées sur le rein et dans la profondeur de la plaie, pansée avec de la gaze iodoformée. La malade guérit complètement.

L. Jumon.

Gynécologie et Obstétrique.

Dr R. BLONDEL.

Chef de laboratoire

à la Maternité de la Charité.

Traitement local des affections gonorrhéiques chez la femme (*Sovrem. Terapia*, n° 10, 1903). — Dans vingt-cinq cas de métrite du col et du corps, de nature gonococcique, datant de 2 mois à 2 ans, Orloff a eu recours au protargol. Le traitement a consisté à badigeonner — suivant le cas — soit le col, soit le corps de l'utérus avec une solution de protargol. L'auteur a également employé des lavages de l'utérus. Pour les badigeonnages Orloff s'est servi de solutions de protargol de concentration différente, en commençant par celle à 5 0/0 et en arrivant jusqu'à 15-20 0/0, sans noter d'irritation notable. Dans la majorité des cas il a réussi à badigeonner sans dilatation préalable du canal cervical; dans quelques cas cependant on a été obligé de pratiquer la dilatation préalable avec les bougies Hegar.

Pour les lavages, Orloff s'est servi de solutions de 1 à 3 0/0 à l'aide de la seringue Braun. Après le badigeonnage, ou le lavage on appliquait sur le col de l'utérus un tampon imbibé de glycérine. Au bout de 6 à 8 heures on enlevait le tampon et l'on faisait une injection avec une solution de sublimé à 1 pour 2.000 ou bien d'acide borique à 2 0/0. Les badigeonnages ou les lavages ont eu lieu tous les trois jours. Après la séance, la malade rentrait chez elle; on lui recommandait de garder le lit pendant quelque temps, avant de vaquer à ses occupations.

Quant aux résultats du traitement, on constatait une amélioration déjà au bout de trois à quatre badigeonnages; cette amélioration se traduisait par la diminution des sécrétions et la modification du caractère de celles-ci; — elles devenaient moins visqueuses et plus muqueuses. Les gonocoques disparaissent après un certain nombre de badigeonnages ou de lavages; dans un seul cas (endométrite du col et du corps) les gonocoques ont persisté pendant un laps de temps plus long.

Lorsque la disparition des gonocoques était complète et que les sécrétions devenaient normales, on arrêtait les badigeonnages et les lavages et on les remplaçait par les tampons à la glycérine. Aucun accident n'a été observé, sauf quelques douleurs. Dans les cas où il y avait des complications du côté des trompes et des ovaires, on a observé de légères douleurs dans la région des ovaires. Le résultat du traitement a été dans tous les cas très satisfaisant; chez trois malades seulement il y a eu récidive. Chez ces dernières on a été obligé de répéter les badigeonnages et les lavages. Dans les cas où il y avait des complications du côté des ovaires et des trompes, le résultat n'a pas été satisfaisant : les sécrétions diminuaient, mais la tuméfaction des ovaires restait la même qu'avant le début du traitement.

Enfin, au fur et à mesure que les phénomènes d'endométrite disparaissaient, les sécrétions diminuaient et changeaient de caractère, en même temps que les érosions de la portion vaginale s'atténuaient ou disparaissaient complètement.

J. Roubleff.

Traitement de l'éclampsie puerpérale, par le Dr Magniaux (*La Normandie médicale*, 15 juin 1904). — Ce traitement a été modifié dans la pratique de l'auteur depuis 1900 et semble avoir donné de meilleurs résultats. Comme auparavant, toute femme enceinte albuminurique est soumise au régime lacté à titre de mesure préventive. Avoir soin de prolonger ce régime quelques jours encore après la disparition de l'albumine, alors même que la malade est accouchée; surveiller la reprise de l'alimentation, la faire avec prudence. Si l'albuminurie est notable, les urines pas très abondantes, s'il y a de l'œdème, l'auteur associe au régime lacté les lavements d'un litre d'eau bouillie froide à prendre matin et soir et à conserver de 5 à 10 minutes. Ces lavements ont été préconisés par Krull pour exciter la sécrétion biliaire et faire récupérer au foie la plénitude de ses fonctions.

Lorsque surviennent les syndromes de l'attaque éclamptique, on donne à la malade un lavement purgatif, qui souvent ramène une grande quantité de matières d'odeur infecte; ce lavement est préférable au grand lavage intestinal. Lorsque les malades sont apportées à l'hôpital ayant eu déjà des crises, on donne le lavement purgatif dès l'arrivée de la malade, les lavements froids matin et soir, jusqu'à ce que la diurèse étant largement établie, tout danger ait disparu.

Dans les cas plus sérieux, le lait est remplacé par de l'eau qui a l'avantage d'être plus vite absorbée et de n'entretenir aucune fermentation intestinale. A moins de contre-indication tirée de l'état misérable de la malade, l'auteur pratique une saignée de 500 cc. environ, puis on injecte sous la peau 500 à 800 grammes de la solution saline à 7 p. 1000. L'injection de sérum est répétée le jour même ou les jours suivants à des doses variables, suivant la quantité d'eau que la malade a pu boire, l'état de son pouls, la

quantité d'urine; d'ordinaire on dépasse 1.000 grammes par jour, dose qui est injectée en deux fois sous la peau. Aux injections de sérum, on joint les injections de caféine, d'éther, d'huile camphrée, des inhalations d'oxygène si la gravité de l'état de la malade l'exige.

Quant au chloral et au chloroforme, ils ne doivent tenir qu'une place secondaire dans le traitement de l'éclampsie, répondant à certains symptômes; les laxatifs, les saignées, le sérum, les lavements froids, la diète lactée ou hydrique formant au contraire la base du traitement de l'éclampsie. L'accouchement provoqué est réservé pour les cas où la malade, non encore accouchée, menace de succomber malgré l'application du traitement énoncé.

L. Jumon.

Traitement thyroïdien de l'éclampsie puerpérale, par Léon Cerf (*Annales médico-chir. du Centre*), 19 juin 1904). — Après avoir rappelé les recherches importantes du Dr Oliphant Nicholson, sur le traitement de l'éclampsie puerpérale par la thyroïdine, l'auteur, dans trois observations rapportées, montre la disparition d'accidents de toxémie gravidique sous l'action du traitement thyroïdien. La guérison est annoncée par la diurèse, la transpiration et les modifications dans l'état de la circulation; mais ce qui constitue la particularité essentiellement intéressante d'une observation, c'est qu'on y voit l'emploi successif du régime lacté absolu et du traitement thyroïdien, et l'étude impartiale des faits nous montre que, dans ce cas, l'extrait thyroïdien a réussi, là où le régime lacté avait échoué, et il a réussi seul, sans l'aide du lait, puisqu'en même temps qu'on administrait l'extrait thyroïdien à la malade, on lui permettait de manger du pain, des puddings et même du poisson. Un certain nombre de questions se posent en face de faits favorables qui sont encore trop peu nombreux et trop peu étudiés pour qu'on puisse y apporter des solutions.

L. Jumon.

Pharmacologie

Dr E. Vogt.

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

Sur l'action analgésiante et névrosthénique du radium a doses infinitésimales (*Académie de Médecine*, 21 juin 1904). — Le Pr Raymond, dans un rapport concernant une communication de M. Darier, fait ressortir que toutes les substances radio-actives paraissent posséder une action analgésiante : on retrouve, en effet, dans la plupart des observations de cancer traité par les rayons X, la diminution des phénomènes douloureux. Le bénéfice thérapeutique est en lui-même suffisamment important pour mériter d'être pris en considération.

Ce même effet analgésiant, qui semble à Darier tout aussi caractérisé dans des cas de névralgies rebelles, demande une certaine réserve pour le Pr Raymond, à cause des allures capricieuses de ces névralgies, de l'impression produite par l'application d'une méthode nouvelle. Raymond, dans deux cas analogues, n'a pas obtenu de résultat définitif avec le radium.

Quelques cas traités par le radium par Darier, se rapportant à des troubles fonctionnels du système nerveux, sont d'interprétation moins facile. En tous cas, c'est l'action analgésiante qu'il faut dès aujourd'hui retenir, car la thérapeutique possède peu de moyens capables de diminuer aussi rapidement et aussi énergiquement les manifestations douloureuses en général. L'emploi de doses infinitésimales, préconisé par Darier, constitue une heureuse solution de la question, car on ne risque pas ainsi de produire des délabrements persistants des téguments.

E. Vogt.

La fève de Calabar et ses alcaloïdes, par M. French (*Merck's Archives*, juin 1904). — La physostygmine et l'ésérine, alcaloïdes cristallisés de la fève de calabar, ont été découvertes à une année de distance : elles possèdent les mêmes propriétés et sont considérées comme identiques. Leurs principaux sels sont le sulfate et le salicylate, qui forment des cristaux incolores ou légèrement jaunes, de saveur amère, sans odeur. Le sulfate est déliquescent à l'air et très soluble dans l'alcool et l'eau. Le salicylate n'est pas déliquescent, possède une réaction acide et se dissout dans 150 parties d'eau froide et 30 parties d'eau chaude. Les deux sels se décomposent en solution en prenant une couleur rouge-brunâtre. L'addition d'acide borique ou d'acide sulfureux à ses solutions retarderait la décomposition pour trois ou quatre mois, sans que les propriétés des médicaments soient changées. Récemment, Behringer a découvert un nouvel alcaloïde qu'il nomme eséridine et qui a une action beaucoup plus faible que l'ésérine ; il agit comme laxatif et excitant moteur. La fève de Calabar contient encore de la physostérine qui a des relations avec la cholestérine. Enfin, un autre alcaloïde, la calabarine, ressemble à la strychnine dans son action. Aucun de

ces derniers alcaloïdes n'est encore employé en médecine.

La fève de Calabar possède d'abord une action dépressive et paralysante surtout sur les centres spinaux. Les nerfs périphériques ne sont pas atteints dans cette paralysie qui est complètement spinale. La motricité volontaire, puis l'activité réflexe finissent par être supprimées. Les nerfs de la sensibilité ne sont pas atteints, la sensibilité est plutôt accrue. Dans l'empoisonnement, la mort a lieu par la cessation de la fonction respiratoire et l'asphyxie, tandis que le cœur continue à battre un certain temps. Le cœur lui-même s'arrête en diastole.

La fève de Calabar paraît agir sur toutes les fibres striées de l'organisme. La contraction de la pupille est le résultat ordinaire de l'administration interne. Le principe actif est éliminé par les reins, le foie et les glandes salivaires.

En dehors des affections oculaires, les applications thérapeutiques de la fève de Calabar sont de trois sortes :

1° Dans les affections spasmodiques, tétanos, trismus des nouveau-né, chorée, épilepsie, empoisonnement par la strychnine, hydrophobie. Russell assure avoir obtenu dans deux cas de chorée intense des résultats bien supérieurs avec l'esérine qu'avec l'arsenic. Dans quelque cas, la crampe des écrivains a été améliorée par l'esérine qui ne paraît pas cependant bien supérieure aux autres moyens. Au total, dans cette classe d'affections, les indications de ce traitement sont assez limitées;

2° Dans l'atonie des toniques musculaires de l'intestin. La même indication se retrouve dans le catarrhe bronchique chronique, dans la dyspnée due à la faiblesse des fibres lisses, dans la dyspepsie intestinale chronique et certaines formes de constipation dépendant de l'atonie des parois intestinales. Emmerich a obtenu des résultats favorables chez les sujets adonnés à la morphine, surtout avec l'extrait de la fève.

L'action tonique du médicament sur les fibres lisses ne se fait pas sentir seulement sur l'intestin, mais sur les ligaments suspenseurs, la vessie, le cœur, et la tunique musculaire des vaisseaux. Malgré l'action réellement favorable de la physostygmine dans cette classe d'affections, elle est cependant assez peu employée ;

3° Enfin on connait les applications de l'esérine dans les affections oculaires; nous n'avons pas à insister.

La physostygmine dans son action générale est synergique avec la strychnine et la noix vomique et jusqu'à un certain point avec le xanthoxylum et le capsicum Elle est complètement antagoniste de l'atropine dans son action sur la pupille, mais synergique avec elle dans son action sur l'intestin. Fraser a constaté que l'atropine agit comme antidote de l'esérine dans les expériences sur les animaux.

L. Jumon.

Sur un cas d'action rapide de l'apocynum cannabinum (*Journal des praticiens*, 11 juin 1904). — Dmitrenko cite l'observation d'un ouvrier de 51 ans, d'Odessa, atteint de dyspnée d'effort depuis 13 ans, présentant de l'ascite et des œdèmes considérables (diagnostic : cardiopathie artérielle avec dilatation cardiaque). Quantité d'urines 900 ccm. : un peu d'albumine.

On prescrit 7 gouttes trois fois par jour d'extrait fluide d'apocynum cannabinum : dès le début du traitement, la diurèse s'établit et à la fin du premier jour elle atteint 5.900 ccm. Cette polyurie continua, et les œdèmes et l'ascite disparurent complètement en six jours. Perte de poids 16 kilos 400 gr. Plus d'albumine dans les urines.

L'auteur estime qu'en présence d'un cas aussi remarquable on aurait tort de bannir l'apocynum cannabinum de l'arsenal thérapeutique.

E. Vogt.

L'Hédonal, composé soporifique (*Medic. Oboss.*, n° 19, 1903). — Jourman a employé l'hédonal chez 19 psychopathes, en l'administrant à la dose variant de 1 à 4 grammes dans une grande quantité d'eau.

Le sommeil survenait généralement au bout de 30 à 60 minutes, parfois plus tard, la durée du sommeil étant variable, de 3 à 10 heures et davantage; quelquefois il était agité. L'accoutumance s'est faite assez rapidement. Quant à des effets accumulatifs et à des inconvénients graves, l'auteur n'en pas observé. Dans un certain nombre de cas on a administré l'hedonal pendant 16, 19 et même 25 jours de suite. L'hédonal s'est montré tout à fait inefficace dans le délire alcoolique.

Dans la paralysie progressive la dose de 1 à 1 gr. 50 n'a pas toujours été satisfaisante; même à 3 grammes l'hédonal n'a pas toujours agi d'une façon satisfaisante (par exemple dans les cas d'excitation intense de mouvements).

Dans l'idiotie d'origine cérébrale la dose de 2 grammes déterminait un sommeil tranquille et prolongé Dans un de ces cas le malade souffrait d'angine et de névralgie instercostale et malgré cela le sommeil provoqué par l'hédonal a été tranquille.

Dans l'aliénation mélancolique il a fallu donner jusqu'à 3 ou 4 grammes pour provoquer le sommeil. L'auteur n'a pas observé d'action calmante.

J. Roublef.

Aspirine (*Medic. Oboss.*, n° 17, 1903). — Dybaloff a employé l'aspirine dans 28 cas à la dose de 0,50 centigr. répétée trois fois par jour.

Sur ces 20 cas, il y en a eu 17 de grippe et 3 de rhumatisme articulaire aigu. Chez deux malades il est survenu comme complications la pneumonie grippale et l'amygdalite catarrhale. L'aspirine a toujours exercé une action satisfaisante comme antipyrétique et anesthésique. La température retombait à la normale pendant environ trois heures pour remonter de nouveau ; de sueurs abondantes se sont produites souvent, mais le pouls est toujours resté bon.

La céphalée, les douleurs articulaires et musculaires ont diminué rapidement.

L'aspirine n'a exercé aucune action nocive sur le cœur.

J. Roubleff.

L'action hypertensive ou hypotensive des bains carbo-gazeux suivant leurs modes d'emplois (*Académie de médecine*, 21 juin 1904). — Huchard, dans un rapport concernant une communication de Laussedat, estime que c'est à tort que l'on applique, à tous les cardiaques indistinctement, l'action hypertensive, des bains carbo-gazeux à Nauheim. Le mérite de Laussedat consiste à avoir modifié, à Royat, cette médication trop uniforme suivant les indications fournies par chaque malade.

Si les artères ne sont pas sclérosées au point d'avoir perdu toute élasticité, si le myocarde est suffisamment résistant, quel que soit l'orifice malade, si le sein est entretenu par le régime dans un bon état de perméabilité, et si le système vaso-moteur réagit facilement, on pourra recourir aux bains carbo-gazeux, et obtenir :

1° Soit de l'*hypertension* en donnant des bains d'emblée très gazeux et très courts : l'hypertension sera d'autant plus marquée que le bain s'éloignera davantage de la température indifférente ;

2° Soit de l'*hypotension* en les donnant à la température de la peau, privés de gaz au début, puis progressivement gazeux et d'une durée plus prolongée pour entretenir cette hypotension ;

3° L'action du bain est dans les deux cas antitoxique et éliminatrice, une diurèse abondante se manifestant toujours sous son influence.

E. Vogt.

Le bain chaud, par Grosse (*Fortschr. d. Therapie*, n° 7, 1904). — L'auteur préconise le bain à 42°, de huit minutes au plus, sans affusion froide consécutive, tel qu'on le prend au Japon, dans une série d'affections. Ce bain exerce une stimulation puissante, mais peu durable, sur le système nerveux, et provoque une révulsion cutanée énergique, avec transpiration abondante. En administrant un bain de ce genre toutes les douze heures, on obtient d'excellents résultats dans les cas de coryza, de trachéite, d'asthme, de néphrite, et surtout de goutte et de rhumatisme. La chloro-anémie, la scrofulose, le rachitisme sont de même justiciables de cette méthode.

Comme contre-indication, il faut citer les états cachectiques, la myocardite, les affections cardiaques non compensées, l'irritabilité nerveuse, l'athérome artériel.

E. Vogt.

Effets des bains de boue (*Therap. Monatshefte*, mars-avril 1904). — Le travail très documenté de Lœbel, contient une série d'expériences physiologiques avec plusieurs tableaux concernant la pression sanguine, le nombre des pulsations, etc. Leur étude détaillée nous entraînerait trop loin : elle fait ressortir les points suivants :

Les bains de boue constituent avant tout un remède vaso-moteur : dans toutes les expériences on observe un abaissement de la pression sanguine par excitation des nerfs splanchniques. La réaction consécutive au bain est au contraire caractérisée par une augmentation de la pression sanguine. A 39°C., le bain de boue de 20 minutes ralentit le cœur : si l'on dépasse ce temps, on obtient au contraire une accélération du pouls.

Sous l'influence de ces bains, l'amplitude des mouvements respiratoires s'accentue, pendant que le nombre des respirations diminue, à condition ne pas dépasser 43°C. (durée : 30 minutes).

E. Vogt.

Notes sur l'électrothérapie, par Georges Parker (*The Bristol med. J.*, juin 1904). — L'auteur donne les résultats de deux cents cas traités par l'électrothérapie. Un grand nombre de cas présenta une amélioration très considérable. Quelques-uns guérirent complètement. Ces observations ont trait aux affections suivantes :

Paralysies de Duchenne et de Erb. — Une petite fille guérit presque complètement après un traitement prolongé par des bains électriques de bras et par le massage. Le pronostic est bon en général si les lésions ne sont pas trop graves, tandis que dans la paralysie infantile la guérison est lente et incomplète. Le diagnostic est parfois difficile, et si les lésions affectent

d'autres muscles que ceux qui sont innervés par la cinquième et la sixième paire, comme le triceps, on est autorisé à diagnostiquer la paralysie infantile dans les cas douteux. Tubby a réussi à implanter le tendon du triceps et à remplacer le deltoïde par des portions du grand pectoral et du trapèze.

Atrophie musculaire progressive. — Le traitement a été généralement inutile ; dans un cas ou deux seulement, il paraît y avoir eu arrêt ou amélioration.

Dans la *névralgie pure et simple*, les courants de haute fréquence semblent parfois donner un soulagement immédiat ; chaque séance a paru donner un plus long intervalle de repos. Les effluves du résonnateur sont peut-être le meilleur moyen d'appliquer ces courants.

Dans le *lumbago* simple, on a obtenu un soulagement rapide par des bains chauds à travers lesquels on faisait passer des courants sinusoïdaux.

Quelques cas de *diabète* ont été traités par des courants de haute fréquence, et les bons résultats se sont traduits par la diminution du sucre et l'augmentation du poids. Ce traitement peut être considéré comme un adjuvant du traitement ordinaire.

Quelques cas de *troubles fonctionnels* ont donné des résultats curieux. Un spasme clonique des paupières fut traité par les effluves de haute fréquence et s'améliora rapidement. Une jeune fille de douze ans, atteinte d'hémiplégie gauche et d'anesthésie complète du bras, fut améliorée un certain temps, puis son état s'aggrava dans la suite. Une autre jeune fille atteinte de la maladie de Raynaud, ayant les deux mains rouges, cyanosées et tuméfiées, fut soumise aux bains électriques, les symptômes disparurent complètement au bout d'un certain temps, deux doigts cependant restèrent un peu raides par suite d'une contracture longtemps persistante.

Dans la *paralysie faciale*, si le cas est simple, s'il n'y a pas de réaction de dégénérescence, les résultats sont uniformément bons. Le courant ne doit pas dépasser cinq milliampères.

Les *paralysies saturnines* sont très lentes à s'améliorer. Les résultats sont nuls quand la réaction de dégénérescence existe. En tout cas, il faut joindre l'exercice au traitement électrique.

Dans l'*arthrite rhumatoïde*, les résultats ont été très variables. Quelques cas se sont améliorés plus ou moins complètement, d'autres ne présentèrent d'autre modification qu'une diminution plus ou moins grande de la douleur. Quelques cas d'origine septique furent extrêmement améliorés par de grands bains électriques, alors que les bains d'air chaud donnèrent des résultats moins satisfaisants. Une alimentation substantielle, les toniques, les bains complets combinés avec les courants et le massage constituent le traitement le plus efficace,

Dans les cas d'arthrite mono-articulaire avec raideur, il faut employer seulement le courant continu, que l'on combine avec la cataphorèse, une solution d'iodure de potassium ou de salicylate de soude étant placée au pôle positif, on emploie un courant de vingt milliampères. Les pôles doivent être renversés toutes les cinq minutes pendant un temps très court pour éviter certains résultats de la polarisation.

L. Jumon.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Élection des titulaires de la chaire de pathologie expérimentale. — Le conseil des professeurs de la Faculté de médecine de Paris s'est réuni le 7 juillet pour dresser une liste de deux candidats à la chaire de pathologie expérimentale, vacante par suite du passage du Pr Chantemesse à la chaire d'hygiène, en remplacement du Pr Proust. Les candidats étaient les Drs Achard, Netter, Roger et Widal. Le nombre des votants était de 33.

Les scrutins se sont répartis de la façon suivante :

	1er tour.	2e tour.
Achard.....	7	2
Netter.....	6	1
Roger.....	10	17
Widal.....	10	13
	33	33

M. le Dr Roger a donc été présenté en première ligne. Interne en 1883, docteur en 1887 médecin des hôpitaux en 1892, agrégé près de la Faculté de médecine de Paris au concours de la même année, M. Roger est actuellement titulaire d'un service médical à la Charité. Il est âgé de

44 ans seulement, mais son œuvre scientifique est déjà vaste et variée ; c'est un savant réel, modeste, aimable et bienveillant. M. Widal a été présenté en deuxième ligne, par 15 voix, contre 10 à M. Achard et 2 à M. Netter.

Concours du Clinicat. — Sont nommés chefs de clinique : Médecine : MM. Ghicka et Nattan-Larrier, titulaires ; M. Crouzon, adjoint. — Pédiatrie : M. Terrien, titulaire ; M. Delille (A.), adjoint. — Maladies cutanées et syphilitiques : M. Paris, titulaire ; M. Sabatié, adjoint.

Chaire de pathologie expérimentale et comparée. — M. Roger est présenté en première ligne ayant obtenu 17 voix et M. Widal en seconde ligne avec 13 voix.

Concours du prosectorat. — Le concours du prosectorat s'est terminé par la nomination de MM. Grégoire et Baumgartner.

Faculté de médecine de Lille. — M. le Pr Combemale est nommé, pour une période de trois ans, doyen de ladite Faculté.

Ecole de médecine de Poitiers. — Un concours s'ouvrira, le 9 javier 1905, devant la Faculté de médecine de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine de Poitiers.

Hôpitaux de Bordeaux. — M. le Dr Rocher est nommé chirurgien-adjoint des hôpitaux de Bordeaux.

Corps médical des hôpitaux d'Algérie. — Le gouverneur général de l'Algérie vient de prendre un arrêté (7 juin), organisant le concours pour le recrutement du personnel médical des hôpitaux. Voici le texte de l'art. 1er : « A dater du présent arrêté, les médecins, médecins-suppléants, chirurgiens et chirurgiens-adjoints des hôpitaux civils d'Alger, Bône, Constantine, Philippeville et Oran sont recrutés par voie de concours ouvert à Alger, et dont les règles sont déterminées par un arrêté spécial. L'arrêté portant ouverture du concours déterminera le nombre maximum des admissions à prononcer. »

Congrès français de chirurgie. — Le 17e Congrès de l'Association française de Chirurgie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de Médecine, le lundi 17 octobre 1904, sous la présidence de M. le Dr S. Pozzi, membre de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Broca.

Trois questions ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

1° Traitement chirurgical de la cirrhose du foie, rapporteur : M. Monprofit, d'Angers.

2° Valeur séméiologique de l'examen du sang en chirurgie, rapporteur : M. Tuffier, de Paris.

3° Décollement traumatique des épiphyses, rapporteur : M. Kirmisson, de Paris.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de médecine opératoire et de thérapeutique chirurgicale, publié sous la direction de Paul Berger et Henri Hartmann.

Organes génito-urinaires de l'homme, par Henri Hartmann, 1 vol. avec 412 fig. chez Steinheil (Paris).

Hartmann a publié dans ce volume les leçons qu'il a faites à l'École de médecine en 1902 comme agrégé, sous-directeur des travaux pratiques de médecine opératoire. Il a donné à l'iconographie une grande place : 412 figures, presque toutes personnelles et reproduisant les planches murales qu'il fit faire pour son enseignement, viennent éclairer singulièrement le texte ; ces figures donnent en outre une vue des organes en position opératoire, tels que le chirurgien les rencontre au cours de l'opération.

L'asepsie et l'antisepsie en chirurgie urinaire, avec la stérilisation des instruments, l'antisepsie du malade, l'exploration de l'urètre, de la prostate, de la vessie, le cathétérisme thérapeutique, les injections, lavages, instillations, l'urétroscopie et la cystocopie constituent la première partie du livre. Le texte en est clair et net et surtout des figures de grandes dimensions en rendent l'intelligence plus précise encore.

La seconde partie est consacrée à la thérapeutique des maladies de l'urètre, de la prostate, de la vessie. C'est le traitement des urétrites, des corps étrangers de l'urètre, l'urétrotomie interne et externe, l'urétrectomie, l'urétrostomie. Vient ensuite la voie périnéale : le traitement des ruptures périnéales de l'urètre, les tailles périnéales, la périnéotomie, la prostatectomie périnéale avec les développements qu'elle comporte. Puis la voie hypogastrique (ponction,

taille hypogastrique, cystotomie), ensuite la lithotritie, décrite d'après le merveilleux enseignement de Guyon, l'opération de Bottini. Après toute cettê partie opératoire l'auteur expose la partie thérapeutique des urétrites, rétrécissements, fausses-routes, abcès, cystites, prostatites, hypertrophie prostatique.

La troisième partie est consacrée au rein, à l'uretère. L'exploration physique, puis fonctionnelle du rein, ses incisions exploratrices, la néphrectomie, la néphrotomie, la néphropexie, les opérations diverses sur le bassinet et sur l'uretère, ses greffes sont suivies des indications du traitement chirurgical dans les maladies des reins (abcès périnéphrétiques, traumatismes, néphroptose, uronéphrose, pyonéphroses, lithiase, fistules, néphrites, tuberculose et néoplasmes.

La quatrième partie concerne les organes génitaux : castration, épididymectomie, traitement de l'hydrocèle, du varicocèle, de l'hématocèle, etc. ; le phimosis, la section du frein, l'amputation et les autoplasties de la verge.

La cinquième partie est consacrée aux vices de conformation : épispadias, hypospadias exotrophie vésicale, et fistules urétropéniennes.

Ancien interne de Guyon, chef du beau service des voies urinaires de l'Hôpital Lariboisière, Hartmann, comme dans ses précédents ouvrages, a montré dans celui-ci, toute la clarté et la précision scientifique qui caractérisent son esprit éminemment chirurgical. Son livre, édité avec le soin que Steinheil sait donner à ses publications, sera consulté avec fruit, profit et intérêt.

E. Chevalier.

Thérapeutique de la bouche et des dents, hygiène buccale et anesthésie dentaire, par le Dr Maurice Roy, dentiste des hôpitaux de Paris, professeur à l'Ecole dentaire de Paris. 2e édition. 1 vol. in 18 de 300 pages, cartonné : 3 fr. — *Manuel du Chirurgien-Dentiste*, de Ch. Godon.

Le plan adopté par le Dr Roy dans sa thérapeutique de la bouche permettra à l'étudiant de s'assimiler facilement les éléments de thérapeutique dentaire qui font l'objet de la première partie de son volume. Après les notions générales de thérapeutique, il a abordé l'étude des médications, en appliquant à la thérapeutique dentaire les principes et les procédés de la thérapeutique générale. Il étudie successivement les médications désinfectante, antiphlogistiqeu, hémostatique, la médication de la douleur, puis les médications qui ne présentent que des applications restreintes à la thérapeutique dentaire, mais dont il est indispensable que l'étudiant ait au moins quelques notions, en raison de leur importance en thérapeutique générale. L'étude des médicaments est suivie d'un Mémorial thérapeutique, où l'auteur passe en revue toules les affections qui sont du ressort du dentiste, en indiquant, aussi complètement que possible, le traitement de chacune d'elles.

L'hygiène buccale forme la deuxième partie du volume.

L'anesthésie fait l'objet de la troisième partie. L'auteur a étudié l'anesthésie générale et locale, surtout au point de vue de l'anesthésie dentaire, en donnant une place assez grande à la physiologie, si importante à connaître pour éviter les accidents. Enfin, il a terminé par un chapitre sur l'anesthésie au point de vue médico-légal, d'après le livre récent de M. le Pr Brouardel sur les asphyxies.

Ce volume fait partie de la collection du *Manuel du Chirurgien-Dentiste*, publié sous la direction du Dr Ch. Godon, directeur de l'Ecole de Paris.

La seconde édition a été très soigneusement revue et notablement augmentée. Toutes les acquisitions nouvelles de la tgérapeutique dentaire et de l'anesthésie depuis ces dernières années y ont été étudiées; pour l'anesthésie générale et pour l'anesthésie locale, plusieurs chapitres ont été ajoutés. Le mémorial thérapeutique a été en grande partie transformé et très notablement étendu.

Nlle Imprimerie. E. Lasnier, directeur. 35, 37, rue St-Lazare. Paris Le Propriétaire-Gérant : R. BLONDEL

TRAVAUX ORIGINAUX

CAUSES ET PROPHYLAXIE DE L'APPENDICITE

Par le Dr Lucas-Championnière, Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Lorsqu'il y a quatorze ou quinze ans, les premiers travaux sur l'appendicite et la résection de l'appendice ont été publiés, le sentiment des observateurs fut que le mal que l'on observait ainsi n'était en quelque sorte que la conséquence de la disposition anatomique bien connue de l'appendice, de sa proximité avec le péritoine, que la présence des corps étrangers dans l'appendice rendait compte, pour le grand nombre, du mécanisme de son inflammation. Puis, à mesure que l'on a observé des faits nouveaux, à mesure que les opérations se sont multipliées, on s'est aperçu qu'un nombre considérable de faits ne répondaient pas aux premières observations, que la question était beaucoup plus compliquée. Des contradictions se sont élevées entre les observateurs. Entre les lésions anatomiques et l'intensité des phénomènes infectieux, on a observé une discordance qui a singulièrement troublé ; certains observateurs ont rencontré avec une extrême fréquence des accidents que d'autres n'observaient que rarement. Des observateurs d'expérience, bien sûrs de leurs mémoire clinique, ont pu affirmer qu'ils n'avaient antérieurement observé rien de semblable aux faits de leur observation actuelle. La gravité et la forme même des accidents variait avec les moments et les régions.

J'ai pensé que la raison de ce trouble, de cette confusion était que l'appendicite n'était pas à proprement parler une maladie ancienne, mais une maladie nouvelle. Cette notion m'a paru des plus importantes, car d'une part il nous faut apprendre à connaître une maladie dont rien dans les études anciennes ne nous faisait soupçonner l'existence, et d'autre part, si nous parvenons à pénétrer le mystère de l'étiologie de la maladie nouvelle, nous avons le droit d'espérer que nous serons armés dans une certaine mesure pour en prévenir le développement.

Convaincu de l'importance de l'étiologie et de cette nouvelle manière de considérer la maladie, j'ai fait une enquête qui, si elle ne m'a pas donné tous les résultats que j'en pouvais attendre, m'a apporté nombre de faits positifs et intéressants que je crois dignes de l'attention de l'Académie.

Voici les données qui m'ont amené à professer les opinions qui m'ont dirigé dans mon enquête.

L'appendicite est une maladie nouvelle. Cela ne veut pas dire que l'appendicite n'ait jamais existé qu'elle ne se soit présentée avec le même cortège de symptômes qu'aujour-

(1) Communication à l'Académie de médecine, le 4 juillet 1904.

d'hui et, comme on n'en connaissait pas le mécanisme, qu'on ne l'ait alors confondue avec un certain nombre de maladies alors connues.

Mais le fait paraît autrefois être resté plutôt rare et je ne puis accepter que l'on dise : « L'appendicite était aussi commune autrefois qu'aujourd'hui, on la méconnaissait parce qu'on ne la connaissait pas ». La typhlite, l'étranglement interne, la colique de miserere étaient les étiquettes trompeuses sous lesquelles elle se dissimulait.

Je pense que cette manière de juger les choses est absolument défectueuse. Si l'appendicite s'était présentée autrefois avec la fréquence et la violence avec laquelle elle se présente aujourd'hui, il est impossible qu'elle eût échappé à l'observation de médecins attentifs et encore moins aux chercheurs d'autopsie qui étaient bien plus ardents dans leurs recherches qu'on ne l'est aujourd'hui.

Il y aurait au moins dans leurs relations des souvenirs qui se rapporteraient nettement à des faits qui sont aujourd'hui des faits de tous les jours.

Les étiquettes que l'on attribue rétrospectivement à l'appendicite étaient celles de maladies rares, tandis qu'aujourd'hui nous observons des poussées extraordinaires de l'appendicite. Nous n'observons pas la maladie à l'état de fait isolé. Il y a des périodes où elle devient si fréquente que l'on a à observer plusieurs fois en un jour des cas de gravité capitale qui se termineraient par la mort si on n'intervenait pas à temps.

Il y a des périodes où les cas semblent disparaître, tandis qu'en d'autres la maladie reparaît par séries.

La maladie apparaît en certaines régions et s'y multiplie. Il y a plus, elle devient familiale comme chacun s'accorde à le reconnaître. En ce cas elle semble dépendre bien plus de circonstances communes, comme l'alimentation, peut-être la contagion, plutôt que de dispositions anatomiques spéciales qui n'ont jamais pu être vérifiées.

En même temps que la maladie nouvelle a paru évoluer depuis quinze ans parallèlement à la grippe, et sans qu'il soit bien facile d'en donner une statistique, il semble bien que les infections intestinales caractérisées par des entérites de toutes formes sont devenues d'une extrême fréquence chez l'enfant comme chez l'adulte. Cette observation répétée par un grand nombre de médecins ne me paraît laisser guere de doutes. Nous en pouvons trouver en quelque sorte un témoignage matériel dans l'extrême prospérité que, dans le même temps, ont pris les deux stations d'eaux françaises où se traitent les maladies intestinales, Plombières et Châtel-Guyon.

J'ai pensé qu'il était fort naturel de croire que la cause de ces maladies nouvelles dépendait du développement de la grippe ; je n'ai rien inventé, j'ai accepté l'étiologie de l'appendicite admise déjà par des chirurgiens américains, par le Dr Gripat, d'Angers, et surtout par notre collègue Faisans, qui estime qu'au début de toute appendicite il y a la grippe.

Mais comme je l'ai déjà exposé à l'Académie, j'estime que la grippe à elle seule n'a pas suffi à engendrer ce grand mouvement d'infection intestinale dont l'appendicite traduit la manifestation la plus violente et la plus grave. L'appendicite ne m'a pas paru fatalement liée à la grippe. Des pays qui ont subi la grippe ne connaissent pas l'appendicite. Elle me paraît, chez les sujets qui ont subi la grippe, avoir été préparée par l'abus de la nourriture carnée et par l'insuffisance des précautions de défense contre les suites de ces abus.

Dans les documents qui suivent, toutes les régions ou tous les établissements au régime végétarien qui n'ont pas eu d'appendicite, ont été saturés par les épidémies de grippe.

Non seulement j'ai vu se développer l'appendicite avec l'alimentation carnée, mais j'ai observé des faits qui ne me paraissent pas contestables dans lesquels la gravité de

accidents, la violence de l'évolution de l'intoxication, m'a paru en relation avec une alimentation carnée exceptionnellement abondante et chez de très jeunes sujets avec une alimentation carnée tout à fait prématurée.

On conçoit aisément l'importance de cette doctrine si on peut en vérifier l'exactitude.

Quand la lésion appendiculaire a été bien installée, j'estime que l'opération seule peut nous en débarrasser. Je ne crois même pas qu'il y ait une solution plus satisfaisante que l'opération la plus hâtive possible.

Si la grippe suffisait à nous apporter l'appendicite, il n'y aurait rien à faire qu'à l'attendre. Mais si l'alimentation joue dans cette évolution le rôle capital que j'admets, on pourrait en prévenir l'invasion chez bien des sujets. Je suis même persuadé en plus que chez bien des sujets chez lesquels l'appendicite se prépare et chez lesquels on la diagnostique avant l'heure, chez lesquels il n'y a que des constipations douloureuses, des troubles digestifs vagues, on en pourrait aisément empêcher l'éclosion.

L'hygiène, qui devrait nous défendre contre l'invasion du mal et probablement contre beaucoup d'autres complications, serait avant tout une diminution très sérieuse de l'alimentation carnée et la suppression des viandes mal cuites.

Peut-être y aurait-il avantage à revenir à l'usage systématique et périodique du maigre de plus en plus abandonné. Il est bien probable qu'au début, comme pour bien des prescriptions religieuses, la pratique du maigre et du jeûne n'a été qu'une pratique hygiénique destinée à pallier aux abus de l'alimentation.

On verra plus loin que l'usage du maigre alternatif paraît jouer un rôle favorable dans l'hygiène de certaines agglomérations.

En outre, l'usage jusqu'à l'abus des évacuants intestinaux était infiniment plus commun autrefois qu'aujourd'hui. La purgation périodique et hygiénique répondait à la nécessité constatée de nettoyer de temps en temps l'intestin.

L'observation scientifique moderne nous a appris qu'il n'y avait aucun moyen sérieux pour l'antisepsie intestinale que l'évacuation artificielle et répétée de cet intestin.

L'expérience nous apprend encore que les maladies se présentent par périodes et par cycles dont nous ne connaissons pas les causes, mais que nous constatons.

Il est infiniment probable que, à d'autres époques, la tendance aux infections intestinales et leur gravité avaient montré à nos anciens la nécessité de prévenir les infections intestinales.

La manie de la purgation et des clystères, qui a servi de thème si précieux à Molière, avait probablement pour origine une situation pathologique analogue à la situation actuelle. Les médecins de ce temps, qui n'étaient pas plus mauvais observateurs que nous, avaient très probablement remarqué la gravité des infections intestinales. Peut-être connaissaient-ils vaguement l'appendicite, ce qui n'eût été que bien imparfait pour eux, puisqu'ils ne faisaient guère d'opérations et point d'autopsies.

Il n'y a rien d'extraordinaire à ce que nous retrouvions les intoxications intestinales comme nous avons retrouvé la grippe, et pour nous la grippe devient particulièrement grave du fait moderne de l'abus de la viande. Nous créons ainsi de toutes pièces une maladie infectieuse nouvelle et de haute gravité.

N'oublions pas, comme M. Dieulafoy l'a si bien démontré, que cette gravité n'est pas seulement une conséquence anatomique du voisinage du péritoine et de la présence de corps étrangers comme on l'a accepté un peu hâtivement au début, mais qu'elle dépend de l'intensité des phénomènes d'infection locale et générale partis de l'appendice dans des conditions qui présentent encore quelque mystère.

Pour vérifier définitivement les données que je viens d'exposer les observations d'un seul sont bien loin d'être suffisantes, et j'ai provoqué une enquête, espérant de nombreux documents nouveaux sur la question.

J'avoue que le nombre n'est pas venu. Il faudrait sans doute une enquête autrement faite pour être complète.

Mais j'ai pourtant des documents très précieux par les détails de l'observation. Ils m'ont paru mériter d'être rapportés ici.

Il y a un premier point qui resort de toutes les communications qui m'ont été faites, c'est qu'avant 1890, non seulement on n'a pas observé l'appendicite, ce qui est bien naturel puisqu'elle était inconnue en tant qu'entité morbide, mais on n'a pas observé la fréquence des maladies bien connues qui pourraient lui être rapportées.

J'ai a cet égard deux documents très curieux : l'un émane d'un confrère établi à Yarramanga, dans la colonie anglaise de Victoria. Exerçant en ce pays depuis 1880, le Dr Denis n'a vu jusqu'en 1890 que deux cas pouvant se rapporter à l'appendicite, un abcès qu'il ouvrit dans la fosse iliaque et un abcès de la fosse iliaque ouvert spontanément dans l'intestin.

Depuis 1890, il a vu 15 cas d'appendicite terminés par opération.

Ainsi ce médecin a fait exactement la même observation que moi à Paris. J'ai montré que l'abcès de la fosse iliaque droite, rare autrefois à Paris, était décuplé de fréquence. Cet abcès est commun aujourd'hui malgré les résections préventives de l'appendice qui devraient en empêcher quelques-uns.

Autre document du même genre :

A Pontlevoy, le Dr Houssaye succède à son père qui a exercé la médecine pendant 50 ans. Il observe en peu de temps, depuis 1895, 9 cas d'appendicite. Le Dr Houssaye père, qui les observe avec lui, affirme que la typhlite, qu'il connaît très bien, avait été très rare dans le pays antérieurement. Il en avait observé deux cas seulement, dont il ait conservé un souvenir bien net.

Une autre lettre très intéressante du Dr Cabadé, de Valence d'Agen, nous signale un fait tout à fait analogue. Très bon observateur, exerçant depuis 20 ans dans le même pays, il n'a pas observé, jusqu'en 1896, de cas qu'il puisse rapporter rétrospectivement à l'appendicite et depuis cette époque il en a observé 31 cas et en même temps il note qu'il a observé une multiplicité extraordinaire d'infections intestinales.

Ce qui peut être affirmé ici par des observations précises, comme je l'ai fait en ce qui me concerne pour les abcès de la fosse iliaque, peut être affirmé pour un grand nombre de médecins qui, interrogés sur leurs souvenirs, ont affirmé la même rareté des accidents appendiculaires ou iliaques.

Sur la succession de la grippe et de l'appendicite, les témoignages sont unanimes. L'observation du Dr Denis de Yarramaga est tout particulièrement frappante : deux abcès de la fosse iliaque jusqu'en 1890, en 1890, 1891, 1892, épidémies de grippe graves et depuis quinze cas d'appendicite sont observés.

Quand les médecins rappellent leurs souvenirs, tous les mêmes phénomènes sont observés partout. Les médecins très bons observateurs, qui conservent le souvenir et même des notes sur leurs malades, disent tous combien les faits de cet ordre ont été rares avant la grippe.

Ceux même qui ont pu interroger leurs malades à ce sujet sont très affirmatifs. A Paris, un jeune médecin, M. Bresson, qui dans sa clientèle a observé six cas, a noté sur cinq de ses malades une grippe assez sérieuse pour que les sujets en aient conservé le souvenir.

Il semble donc bien que la grippe nous ait apporté la prédisposition à la lésion locale appendiculaire, comme elle nous a apporté du reste la prédisposition à d'autres lésions locales.

Chacun peut se rappeler, par exemple, une statistique curieuse de Lœwenberg qui, en relevant les livres de sa consultation, avait noté que les suppurations de l'oreille moyenne avaient décuplé dans sa consultation depuis l'invasion de la grippe.

Mais ce sont surtout les documents relatifs à l'appendicite chez les mangeurs de viande qui sont intéressants.

Le Dr Denis, de Yarramanga, qui a si bien noté l'époque d'apparition de l'appendicite en la colonie de Victoria, en Australie, nous fait remarquer que toute la population mange de la viande en abondance.

Le Dr Manuel de Zavala, médecin à Guaranilla (Porto-Rico), nous fait à cet égard des remarques très curieuses.

A lui ni à ses confrères, l'appendicite n'a pas donné de contingent appréciable pour la population indigène. Or, celle-ci est absolument végétarienne. Dans une clientèle nombreuse qu'il suit depuis longtemps, il n'a observé que deux cas d'appendicite. Dans l'un, la cause n'a pu être décelée régulièrement. Dans l'autre, il s'agissait d'un enfant qui avait avalé des semences du fruit du tamarin et l'une des semences fut trouvée dans l'appendice enlevé, c'était une appendicite mécanique, cas rare.

En revanche, depuis l'invasion américaine, on a observé des cas nombreux sur les Américains venus des Etats-Unis qui sont restés là les grands mangeurs de viande qu'ils sont partout.

Le Dr Houssaye, de Pont Levoy, nous donne ce détail particulier que dans ce pays où son père a noté la rareté de l'abcès de la fosse iliaque et de la typhlite, on ne mangeait autrefois pas de viande.

Il n'y avait qu'un seul boucher. Aujourd'hui il y a trois bouchers et deux charcutiers, sans compter les bouchers ambulants qui vendent des animaux morts accidentellement ou de la chèvre.

Or, en ce pays depuis 1895, il a observé neuf cas d'appendicite. Toutes ces observations du reste ont été faites dans la bourgeoisie, dans un monde qui soigne particulièrement sa nourriture carnée.

Le Dr Loison (de Vaucelles, Jura) nous rapporte l'extrême rareté de l'appendicite dans la région dans laquelle il exerce et où ses clients sont par coutume plutôt végétariens.

Il a vu autrefois trois cas de typhlite ; il exerce depuis plus de vingt ans dans la région. Depuis huit ans, date de l'invasion de la grippe en ce pays, il a vu trois phlegmons de la fosse iliaque droite, abcès dont l'un terminé par une vomique.

Il signale ce fait curieux que les trois cas ont été observés dans la même famille et se demande s'il n'y a pas eu contagion chez les individus qui ont couché dans le même lit.

Le Dr Emile Dol, de Valensole (Basses-Alpes), qui connaît bien l'appendicite et la cherche, n'a, en cinq années de clientèle campagnarde, rencontré qu'un seul cas d'appendicite chez un ouvrier qui arrivait de Marseille où il avait eu sa première crise ; tous ses clients sont très végétariens.

D'après une enquête faite auprès de ses confrères qui habitent moins dans la campagne, leurs clients carnivores auraient eu des cas d'appendicite.

Le Dr Lucas, de Concarneau, nous a communiqué une observation intéressante. Il recherche l'appendicite qu'il connaît bien. Il a opéré en neuf ans un seul cas d'appendicite chez un adulte. Il en a vu un cas chez un enfant qui a guéri sans intervention. Il

observe, dans une clientèle nombreuse où l'alimentation par la viande est à peu près inconnue et où la grippe s'est montrée avec violence.

Le Dr Baley, qui exerce depuis dix ans à Chateaulin, nous signale l'extrême rareté de l'appendicite dans la région, et où la grippe n'a pas manqué, mais où la population est tout à fait végétarienne. Il n'en connaît que deux cas chez des campagnards qui ont été très bénins, se sont guéris spontanément et n'ont pas donné de récidive.

Un troisième cas a été observé sur un employé des postes qui, lui, est un carnivore; chez celui-ci il y a eu une rechute.

Un document tout à fait curieux nous a été adressé par le Pr Stoicesco, de Bucarest, membre correspondant de l'Académie.

Une circonstance très particulière lui a permis de faire une statistique des plus intéressantes.

Il existe en Roumanie une institution qui n'existe, je crois, en aucun autre pays. Dans les campagnes éloignées qui sont privées de médecins, on établit des hôpitaux temporaires qui viennent soigner les paysans pendant des périodes variables suivant les besoins de la région. Ces hôpitaux sont dirigés par un personnel venu des hôpitaux de Bucarest, c'est-à-dire ayant exactement la même éducation, les mêmes principes, la même manière de voir et d'observer que les médecins des hôpitaux de Bucarest. Les statistiques établies par eux sont donc tout à fait comparables à celles que l'on établit dans la ville.

M. Stoicesco a fait établir par un de ses élèves, dans une thèse sur la pathogénie de l'appendicite, ces statistiques relatives (thèse du docteur Daniel Cuziner 1003). Voici ce qu'il nous en dit :

J'avais été frappé de la rareté dans nos hôpitaux de l'appendicite parmi les paysans ruraux, véritables végétariens (ils ne mangent pour ainsi dire jamais de viande).

J'ai fait établir une statistique comparée de nos hôpitaux ruraux et de nos hôpitaux de Bucarest.

Dans la statistique faite depuis 1898-1902, sur 108.651 malades soignés dans les hôpitaux ruraux on a trouvé seulement cinq cas d'appendicite, c'est-à-dire 1 sur 22.000 malades.

Dans les hôpitaux de Bucarest, pour la même période, sur 51.817 malades, on a trouvé 221 appendicites soit 1 sur 234 malades.

Or les sujets des campagnes ont subi la grippe comme ceux de la ville. Mais l'alimentation est tout à fait différente, les habitants des villes mangent de la viande et même de la viande boucanée, probablement très favorable aux phénomènes d'infection intestinale.

Cette différence si extraordinaire entre les habitants des villes et les habitants des campagnes a été signalée partout. On peut l'attribuer à des différences dans d'autres conditions étiologiques.

Mais, on ne peut s'empêcher de la noter. Dans une lettre curieuse du Dr Clerfave, de Mons, notre confrère nous signale ce fait qu'il a une clientèle de population ouvrière pauvre faisant surtout des travaux de terrassement, mangeant peu de viande et une clientèle urbaine bourgeoise assez importante.

Chez ces ouvriers semi-végétariens, pas un seul cas d'appendicite; dans le même temps, dans la clientèle bourgeoise, grande consommatrice de viande, 7 appendicites dont six opérés.

Cinq des sujets étaient dans ce pays connus par leur goût pour la viande.

Le Dr Durey, de Crécy, nous donne une note curieuse. Il exerce à la campagne et dans une petite ville de mille habitants.

A la campagne, pas d'appendicite. Il en a observé deux cas seulement, un chez une fillette qui rendait des lombrics, l'autre chez un homme de 23 ans qui revenait du régiment où il avait été infirmier et se vantait de manger beaucoup de viande pour travailler plus vite.

Dans le même temps, dans la petite ville, quatre cas dont l'un chez le fils d'un gros boucher.

Le Dr de Langenhagen, de Luxeuil, qui a exercé pendant deux ans et demi en Nouvelle-Calédonie, nous rappelle qu'il n'a jamais vu ni entendu parler d'un cas d'appendicite chez un indigène ou chez un asiatique quelconque végétarien, tandis que dans la même période, il a observé 5 cas chez des fonctionnaires grands consommateurs de viande.

Une note très curieuse du Dr Joly, médecin-major au 96e régiment d'infanterie, nous montre le même médecin observant en Algérie, au Tonkin, en France en garnison à Bar-le-Duc.

En Algérie, en cinq ans, observant une population indigène nombreuse, Tenès, Téniet el Had, El Golea et des troupes indigènes. Pas un cas d'appendicite.

Au Tonkin, en trois ans sur 950 hommes de troupes indigènes et légion étrangère et un millier de coolies, pas un cas d'appendicite.

En France, à Bar-le-Duc, en trois ans (2,000 hommes), quatre cas d'appendicite, trois non opérés, dont un mort, et un quatrième opéré et guéri.

En réalité, il y a eu grippe pour toutes ces régions, l'immense différence entre les conditions d'existence des gens étudiés, c'est l'alimentation peu carnée même pour les non indigènes en Algérie et dans les pays chauds.

D'une façon très intelligente et très avertie, le Dr Joly explique pourquoi dans les pays chauds, même les habitués de la viande, y renoncent le plus souvent.

Même dans ces pays chauds, quand la viande est consommée, elle est beaucoup plus cuite.

C'est avec le plus grand soin que M. Joly nous décrit la nourriture habituelle de ces gens chez lesquels il n'a observé aucun cas d'appendicite.

Il va plus loin et montre comment la nourriture du soldat en France est toujours plus carnée que dans ces pays et même est d'une façon absolue plus carnée qu'on ne croit. La variété des menus militaires qui est d'ordonnance aujourd'hui, a fait supprimer les soupes très cuites qui emplissaient et satisfaisaient l'estomac du soldat, et il faut considérer, selon lui, comme un danger, l'énorme consommation que le soldat fait en extra de charcuteries à bas prix, et par conséquent de très mauvaise origine qui, selon lui, joueraient un rôle important dans les infections intestinales.

Je serais pour ma part très porté à admettre qu'il y a beaucoup de vrai dans cette constatation, qui a une réelle importance pour l'hygiène des troupes et même de certaines populations.

A propos de la rareté de l'appendicite chez les gens qui ne mangent pas de viande, je n'ai trouvé que deux notes discordantes : le Dr Cabadé, de Valence d'Agen, qui nous a cité un grand nombre d'observations d'appendicite depuis la grippe, nous dit expressément que ses clients ne sont pas des grands mangeurs de viande, et le Dr Damour, à la Richerie en Vendée, qui nous écrit pour nous signaler la fréquence aujourd'hui de l'appendicite, tandis que la typhlite était rare autrefois, nous dit aussi qui l'a observée dans une population agricole qui mange très peu de viande. Ce sont les seuls documents en opposition.

Comme il s'agit de faits en opposition avec ceux qui sont observés le plus communément, en poursuivant l'enquête un peu plus loin, on en observerait peut-être la raison dans quelqu'autre condition alimentaire, peut-être dans des importations de charcuterie, etc., etc.

Pour compléter cette recherche étiologique, j'aurais voulu avoir des renseignements sur les grandes agglomérations humaines où les conditions hygiéniques sont si favorables au développement de la grippe, mais où le régime alimentaire est peu ou point carné.

Le cas particulier des prisons serait intéressant parce qu'il s'agit souvent de sujets qui mangeaient de la viande habituellement et qui accidentellement n'en mangent plus guère et qui, d'une manière générale, ne font pas d'excès de nourriture.

J'ai eu peu de documents positifs sur les prisons pour lesquelles on m'a affirmé plusieurs fois la rareté relative de l'appendicite. Je dois à l'obligeance du Dr Pein, qui a bien voulu aussi me communiquer plusieurs renseignements très précieux sur les couvents et pensions de Verdun, la communication suivante du Dr Lutier, médecin de Clairvaux.

L'appendicite ne figurant pas dans la nomenclature pour les maladies dans les prisons, il est assez difficile d'établir une statistique proprement dite. Mais notre confrère nous rapporte qu'à Clairvaux, depuis 1900, sur une population de 980 à 1.000 prisonniers, il n'a observé qu'un seul cas d'appendicite.

L'alimentation ne comprend de viande que deux fois par semaine. Toutefois, cette alimentation, en apparence très végétarienne, l'est un peu moins en réalité, à cause de la faculté qu'ont les détenus d'acheter à la cantine de la charcuterie et même de la viande.

Nous avons reçu du Dr Touchard, médecin de la prison de la Petite Roquette, où sont renfermés les jeunes prisonniers, jeunes sujets dont l'âge correspond à celui des élèves de nos lycées.

En 1902, sur 1.913 détenus, pas un seul cas d'appendicite.

En 1903, deux cas d'appendicite sur 2.008 détenus.

L'un, chez un malade qui avait déjà eu une crise quelques années auparavant.

Les deux cas du reste ont été fort bénins. Les deux malades ont guéri en trois ou quatre jours, sans aucune intervention.

Chez l'un et l'autre, les accidents s'étaient bornés à une légère sensibilité dans la fosse iliaque droite, sans aucune réaction péritonéale.

Depuis le premier janvier 1904, il y a eu 900 entrées nouvelles, il n'y a eu aucun cas.

Pour les années 1900 et 1901, nous dit le Dr Touchard, qui a tenu à ne nous affirmer que des chiffres précis, je n'ai pas eu de notes rigoureuses, mais je n'ai pas conservé le souvenir qu'il y ait eu plus de un ou deux cas au maximum et en tous cas sans gravité, dans le genre des précédents. Il y a eu pour 1900, 2.801 prisonniers et en 1901, 2,519.

Le régime de la maison est absolument végétarien.

En consultant le menu, on constate que le dimanche seulement et le jeudi et encore une seule fois par jour, il y a de la viande de bœuf.

Le régime ne comprend même pas d'œufs.

On ne doit pas oublier qu'en aucune épidémie de grippe les prisons n'ont été épargnées.

C'est là vraiment une statistique qu'il serait très curieux de comparer à celle de nos lycées, car chacun sait que les cas d'appendicite sont si nombreux parmi notre jeunesse qu'il n'y a guère de parents qui ne soient dans les transes à propos de tous les accidents

graves ou légers qui peuvent avoir quelque analogie avec ceux de l'appendicite. Le nombre des opérations faites chaque année dans les lycées de Paris est considérable.

En étudiant les asiles, couvents, pensions, on trouve des documents intéressants.

Nous avons un seul document positif sur une maison d'aliénés.

Il nous a été remis par le Dr Bresson de Paris, qui nous a déjà donné sur les cas de sa clientèle des renseignements positifs très intelligemment collectés et qui par conséquent pouvait dépister les autres.

En trois ans, à l'asile des aliénés de Mayenne, qui comprend de 14 à 1.500 pensionnaires, il n'a pas observé un seul cas d'appendicite.

Or le régime est essentiellement végétarien.

Dans beaucoup d'établissements d'enseignement, de couvents ou de bienfaisance, les pensionnaires consomment de la viande, mais en proportions modérées, en général, proportions qui sont encore tempérées par l'observation des jours maigres. C'est le cas des pensions et séminaires de Verdun sur lesquels le Dr Pein a bien voulu nous donner les renseignements suivants :

A Verdun, le Dr Gœury, depuis 1888, chez les sœurs de Saint-Joseph (40 à 50 personnes plus un noviciat), n'a vu aucun cas d'appendicite.

En trois séminaires il n'en a pas vu davantage.

Il ajoute que dans la ville de Verdun l'appendicite lui paraît avoir été assez rare.

C'est aussi l'opinion du Dr Lespine qui pourtant en a vu et même opéré.

Mais, dans la maison de Saint-Maur où il y a un personnel de 100 personnes adultes et enfants (par moitié), il n'en a jamais vu.

La nourriture y comprend de la viande deux fois le jour (sauf les jours maigres).

Les enfants n'en ont qu'une fois le jour.

Le régime alimentaire paraît bien dans les couvents jouer un rôle considérable. Contrairement aux faits observés dans les maisons que je viens de citer, le couvent des religieuses de l'Hôtel-Dieu nous a donné un nombre relativement considérable d'appendicites puisque j'en ai opéré quatre et d'autres encore ont été opérées.

J'attribue ce fait à ce que ces dames ont un régime carné très accentué. Nourries par l'administration, elles n'ont guère de bonne nourriture que la viande. Qui se souvient du dîner de salle de garde sait que les légumes administratifs sont souvent immangeables.

A ce régime, les religieuses qui ont peu d'appétit arrivent à ne manger guère que de la viande et le régime particulier de ces religieuses n'est tempéré que par le maigre.

Il aurait été tout particulièrement intéressant de savoir ce qui se passe dans les couvents dans lesquels la règle empêche de manger de la viande. J'ai eu quelques renseignements assez vagues, dus à des personnes non médicales, qui semblaient indiquer que dans ces couvents la grippe ayant été fréquente l'appendicite était inconnue. Je n'ai malheureusement pas de documents assez nombreux sur ce sujet, mais ceux que j'ai obtenus sont bien typiques.

Le Dr Halgan, de Nantes, m'écrit ceci :

Deux couvents à Nantes ne font jamais entrer la viande dans l'alimentation, les Clarisses et les Carmélites.

Il y a toutefois entre les deux ordres une distinction à faire, le premier n'admet aucune exception à la règle, le second autorise les religieuses malades à prendre de la viande si le médecin le juge utile.

Les Clarisses n'ont jamais eu d'appendicite, alors que la tuberculose et la grippe y ont fait des ravages.

Les Carmélites ont eu un seul cas opéré avec succès, il y a deux ans. La religieuse qui en a été atteinte était depuis un an au couvent. Elle avait eu antérieurement deux ou trois crises d'appendicite. En outre, elle ne suivait pas le régime alimentaire du couvent. Enfin, elle était atteinte de colite membraneuse.

Le Dr Pauchet, d'Amiens, nous envoie une communication qui n'est pas moins précise. Elle est particulièrement intéressante, parce que le Dr Pauchet, qui a une clientèle chirurgicale très étendue, est partisan de l'intervention immédiate dans l'appendicite et en a opéré un bon nombre. Il fait remarquer que la maladie est fréquente dans la ville d'Amiens et qu'il l'a observée soit chez des gens riches grands mangeurs de viande, soit chez des pauvres qui mangent beaucoup de charcuterie.

Il n'a jamais opéré aucun enfant n'ayant jamais mangé de viande.

Il est précisément le chirurgien de communautés, à Amiens et dans la Somme. Or, il n'a jamais opéré ni vu d'appendicite chez les Carmélites, sauf chez une postulante de cet ordre qui était depuis quinze jours seulement au couvent et avait eu une attaque antérieure.

Le Dr Guimbaud, de Blagac, près Toulouse, médecin d'un couvent de Trappistines, comprenant de 70 à 80 religieuses, à la sollicitation du Dr Pein, a bien voulu nous faire savoir que depuis plus de 20 ans qu'il soigne ces dames, il n'a observé aucun fait de maladie qui pût se rapporter à l'appendicite.

Il s'agit encore de religieuses suivant un régime exclusivement végétarien.

Les faits que je viens d'énumérer m'ont paru très topiques. Sans doute, ils laissent matière à discussion.

Mais ils autorisent jusqu'à nouvel ordre deux conclusions pratiques dont on ne saurait méconnaître l'importance.

L'appendicite n'est pas une maladie rendue obligatoire par la constitution anatomique. Elle s'est développée à une époque récente. Elle paraît avoir trouvé son origine première dans la grippe.

Le régime alimentaire carné joue un rôle considérable dans son développement, et la modification de ce régime est avant tout indiquée pour la prophylaxie du mal, dont pourraient se garantir ainsi même ceux qui ont été atteints par la grippe.

En cas de conservation du régime alimentaire général par la viande, les intermittences dans ce régime par une alimentation passagère semi-végétarienne comme dans le maigre religieux sont un excellent palliatif.

Enfin, la purgation est le grand remède préventif contre le développement et la propagation de toutes les infections alimentaires et, la constitution médicale actuelle étant donnée, devrait être au premier rang des préventifs de l'appendicite.

LA DÉCHLORURATION, SES APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES

par le Dr Jumon

De tout temps on a pressenti l'importance du chlorure de sodium dans les phénomènes de la nutrition. Certains physiologistes le regardaient comme le premier des condiments, mais le sel marin est plus encore, son intervention dans les échanges nutritifs a quelque chose de nécessaire, bien démontré par les altérations graves de la santé qui succèdent à la suppression du sel dans l'alimentation. Il y a longtemps que Forster et Bischoff montraient que les animaux ne tardent pas à succomber lorsqu'on leur donnait

de la viande et du pain privés de sel. Cependant le chlorure de sodium pour être un ingrédient nécessaire de l'alimentation n'est pas absolument inoffensif, son ingestion en excès, longtemps prolongée, finit aussi par entraîner des troubles graves de la nutrition. Il y a donc une limite normale assignée à la quantité de chlorure de sodium qui doit entrer avec les aliments. La quantité contenue dans les aliments et les boissons de vingt-quatre heures n'excède guère deux à trois grammes, mais l'homme additionne ses aliments d'une certaine quantité de sel qui peut être estimée à une dizaine de grammes. Cette quantité supplémentaire ne paraît pas être nécessaire à l'organisme, et l'homme n'y a recours que pour augmenter la sapidité des aliments. D'après Bunge et Ch. Richet, les besoins de l'organisme en chlorure de sodium seraient bien bien inférieurs à ce dernier chiffre et seraient satisfaits par la quantité contenue dans les aliments, c'est-à-dire par 1 à 2 gr. 50 pour un adulte du poids de 60 kilos. Si l'organisme supporte une quantité beaucoup plus grande, il s'agit d'une simple tolérance pour un état normal de nutrition. Peut-être aussi s'agit-il de variations purement physiologiques, si l'on considère qu'une ration supplémentaire de sel chez les animaux aboutit par une plus forte alimentation à une augmentation de poids.

Ce qui est vrai pour l'homme sain ne l'est plus pour le malade qui doit rester bien en deça des doses de chlorure de sodium qu'on s'adjuge ordinairement dans l'alimentation. C'est là un point qu'ont fait ressortir avec évidence les recherches modernes sur la déchloruration.

Bien que le rôle du chlorure de sodium dans la nutrition soit d'une explication encore assez obscure, on peut admettre qu'une partie en revient à son action chimique. C'est bien lui en effet qui fournit l'HCl du suc gastrique. C'est à titre d'élément chimique qu'il intervient dans le plasma pour maintenir à un degré déterminé le point de coagulation de l'albumine.

Mais ce que les recherches modernes ont surtout mis en lumière, c'est le rôle physique du chlorure de sodium, son intervention dans le maintien de l'isotonie des liquides de l'organisme, ou dans ce qu'on appelle la concentration moléculaire.

La concentration moléculaire est la richesse d'un volume donné d'eau en molécules, indépendamment de la composition et des propriétés chimiques de ces molécules. Or, c'est le chlorure de sodium, surtout, qui règle la concentration moléculaire et tend à ramener deux solutions différentes à l'isotonie.

La concentration moléculaire s'exprime par une valeur Δ qui est le point cryoscopique du liquide, ou point de congélation toujours évidemment inférieur à 0°. La cryoscopie donne la mesure des échanges osmotiques, tandis que par l'analyse chimique on peut connaître le nombre des molécules dissoutes, chlorées et non chlorées. Dans les échanges osmotiques à travers les membranes dialysantes, les molécules plus petites, comme celles du chlorure de sodium, traverseront plus rapidement la membrane que les molécules plus volumineuses comme celles d'albumine. L'équilibre moléculaire rompu se rétablit par le déplacement des molécules du chlorure combiné à l'eau, enfin, le chlorure de sodium est surtout l'élément minéral qui intervient dans ces échanges physiques, parce qu'il représente 85 à 90 0/0 des éléments minéraux contenus dans les plasmas intercellulaires.

Voici maintenant un fait important à retenir, pour comprendre comment la rétention des chlorures entraîne à sa suite l'hydratation des tissus. Ce fait est la constance de la masse sanguine et de son équilibre en chlorure de sodium, quoiqu'on fasse. C'est ainsi que Langlois et Ch. Richet ont montré que l'absence ou la présence des chlorures dans l'alimentation ne modifie pas le taux chloruré du sang qui reste fixe. Si d'autre part, à l'exemple de Carrion et Hallion on pratique des injections intra-veineuses de chlorure

de sodium, on constate du côté du sang une résistance contre le trouble qu'on apporte dans son équilibre moléculaire. Si la solution injectée est hypertonique, il se produit une augmentation dans la quantité d'eau éliminée, mais la masse du sang augmente et cet excès d'eau le sang l'emprunte à l'organisme. Si la solution injectée est hypotonique, la masse du sang augmente peu, ce sont les cellules de l'organisme qui s'emparent de l'eau injectée. Il en résulte une assez grande fixité du degré cryoscopique du sang, de même dans la teneur du sang en chlorures. Ainsi, le sel absorbé ou injecté ne séjourne pas dans le sang, il ne fait que le traverser pour passer dans le plasma lymphatique, dans les espaces conjonctifs. Si les organes éliminateurs, les reins, sont en bon état, ce surplus de NaCl n'entraîne aucune conséquence, il est éliminé sans trouble apparent du côté de l'organisme. Il n'en est plus de même si la quantité de sel injectée est supérieure à la puissance d'élimination des reins. La présence en excès du sel dans les espaces conjonctifs retient une certaine quantité d'eau et entraîne l'hydratation des tissus, l'œdème. En injectant à des animaux des solutions hypertoniques en quantité suffisante, Hallion et Carrion ont réussi à produire l'œdème pulmonaire.

Nous touchons ici à la question du rôle pathologique du chlorure de sodium, dont on doit l'étude surtout à MM. F. Widal, Javal, Achard, Lœper et Laubry, etc. De nombreuses communications éparses ont d'ailleurs montré que ce rôle pathologique ne se limite pas au brightique, mais s'étend à d'autres domaines de la pathologie. Nous allons les passer en revue.

Le chlorure de sodium a d'abord une influence primordiale sur le *chimisme stomacal*; c'est du chlorure que le suc gastrique tire son acide chlorhydrique. Le fait est admis aujourd'hui comme démontré à la suite des observations de Dastre et de Hayem. Si maintenant, à l'exemple de Vincent, on donne un régime hyperchloruré à un sujet atteint d'hyperchlorhydrie, on détermine des douleurs et des vomissements, au contraire on obtient une amélioration très marquée si l'on supprime de l'alimentation tout le sel possible, parce qu'on diminue son hyperchlorhydrie. D'un autre côté, Hayem a montré que les solutions chlorurées sodiques à un taux permettant leur facile absorption sont utiles dans tous les cas d'hyperchlorhydrie. Chez les hyperchlorhydriques, le lait semble agir en réduisant au minimum l'absorption du sel. Si l'on a recours aux solutions salines pour régler en quelque sorte le débit chlorhydrique du suc gastrique, il faut les donner suivant la remarque de Linossier, en dehors des repas ou en lavement. D'après lui, le chlorure de sodium, introduit dans l'estomac à la dose de 0,3 0/0, diminue l'activité du suc gastrique et produit un arrêt de la dissolution des albuminoïdes, qui équivaudrait à une diminution de 40 à 50 0/0 dans la quantité de pepsine. Laufer a constaté aussi l'heureuse influence de la déchloruration, dans l'hyperchlorhydrie, bien que les symptômes n'aient cédé qu'à un régime spécial composé uniquement dans le but de réaliser au maximum l'hypochloruration. Les douleurs avaient tendance à reparaître dès que le malade ajoutait à son régime 1 ou 2 gr. de sel. En résumé, la déchloruration constitue la base du traitement de l'hyperchlorhydrie.

La cure de déchloruration dans la *maladie de Bright*, proposés par Widal et Javal a donné lieu en peu de temps à un nombre considérable de communications. Elle est établie sur des recherches faites par ces auteurs avec Lemierre, sur l'action du chlorure de sodium dans la pathogénie des œdèmes brightiques. C'est en effet le sel qui est l'élément dangereux chez certains brightiques, par lui on peut à volonté faire apparaître et disparaître l'œdème. Pour le démontrer, le malade est soumis tantôt au régime lacté, tantôt à une alimentation simple, mais variée, en ayant soin que dans l'un et l'autre cas, les régimes aient la même richesse en albuminoïdes et soient isothermiques et contiennent la même quantité d'eau. On voit alors qu'avec une même quantité d'eau, il

existe de grandes variations dans l'hydratation suivant le degré de chloruration. On voit encore par cette manière de faire, que les variations de l'albuminurie sont indépendantes de la quantité d'albuminoïdes ingérée. Comme exemple, Widal et Javal ont pu provoquer chez un brightique à prédominance épithéliale quatre fois la rétention des chlorures et cinq fois la déchloruration de l'organisme, en modifiant le chlorure du régime. Deux fois, l'hydratation a pu être poussée jusqu'à l'apparition de l'œdème. Le malade ne pouvait supporter une alimentation solide, sans voir les œdèmes apparaître et l'albuminurie augmenter, l'œdème disparaissait et l'albuminurie diminuait par le régime lacté. Mais le lait qui faisait disparaître l'œdème le provoquait au contraire lorsqu'on y ajoutait du sel, inversement, le régime composé de viande noire, de pain et de pommes de terre, faisait disparaître également l'œdème lorsqu'on supprimait tout sel de l'alimentation.

En analysant les faits, les auteurs ont constaté que l'hydratation des tissus amenée par le chlorure se fait en deux temps, d'abord sous forme d'infiltations profondes, qui échappent à l'examen, puis sous forme d'œdèmes sous-cutanés apparents. Ces infiltrations profondes se traduisent par l'augmentation du poids des malades et la balance a permis de prévoir l'apparition de l'œdème par l'augmentation de poids pendant cette période appelée par les auteurs préœdème. On peut donc par le secours de la balance reconnaître si le malade s'infiltre. Le malade en question fixait d'abord six litres d'eau avant que l'œdème apparût. Mais pour ne pas être sensible extérieurement, il ne s'en traduit pas moins par certains symptômes viscéraux tels que la dyspnée. On constate encore que l'albuminurie augmente avec la rétention des chlorures et diminue avec la déchloruration. Suivant Widal et Javal, l'aggravation de l'albuminurie tiendrait à l'œdème du rein par le fait même de la rétention chlorurée. Ces œdèmes qu'on ne voit pas, qui se localisent sur les viscères peuvent donner lieu à des accidents graves, à des symptômes viscéraux qui ont été attribués à l'urémie et qui relèvent de la chlorurémie. Les vomissements observés chez certains brightiques atteints d'œdème ne sont autre chose que de véritables décharges chlorurées. C'est ainsi qu'un malade, qui certains jours n'absorbait que de l'eau lactosée, vomissait de l'eau salée. La quantité de chlore contenue dans les vomissements dépassait la quantité du chlore absorbé et rendu dans les urines. L'urémie gastrique entre donc parfois dans le syndrome de la chlorurémie, et le vomissement dans ce cas est un moyen de défense de l'organisme pour se débarrasser en partie du chlore que le rein ne peut éliminer.

Chez certains brightiques, le rein oppose donc un certain obstacle à l'élimination des chlorures dont une partie retenue dans les tissus amène l'hydratation et les accidents qui en dépendent. Pour appliquer la cure de déchloruration d'une façon utile, il faut donc savoir dans chaque cas à quel degré le rein est imperméable aux chlorures. Ce degré d'imperméabilité varie en effet non seulement d'un malade à l'autre, mais chez le même malade suivant les périodes de la maladie. Un brightique arrivé à la période terminale n'éliminera plus que quelques centigrammes de chlorure de sodium par les urines, mais même avec de l'œdème, un malade pourra encore en éliminer plusieurs grammes. Il s'agira donc de régler la quantité de chlorure du régime sur le degré de perméabilité rénale pour ce sel. Il faudrait pour cela établir le bilan des chlorures pour chaque malade, ce qui se fait en analysant les chlorures urinaires. Une telle méthode s'accommode peu des exigences de la pratique et c'est alors en se servant de la balance que l'on peut suffisamment préciser le degré de perméabilité rénale. Pour cela, étant connue la quantité des chlorures du régime, on pèse le malade tous les matins après l'avoir fait uriner.

La quantité de chlorure contenue dans les aliments : viande, légumes, pain déchlo-

ruré constituant la ration d'entretien varie de 1 gramme à 1 gr. 50, il suffira de peser la quantité additionnelle de sel donnée au malade et de l'ajouter à la quantité alimentaire pour connaître la quantité totale de chlorure ingérée. Si l'on pèse le malade tous les matin, étant donné que l'on connaît la quantité de chlorure qu'il prend, cette quantité sera celle pour laquelle le pouvoir éliminateur du rein s'arrête lorsque le malade augmentera de poids. En effet, c'est à ce moment que le chlorure passe dans les tissus et que se constitue la période de préœdème. Quel que soit le régime adopté, on s'arrêtera donc bien en deça de cette quantité. Cette cure de déchloruration ne doit pas d'ailleurs être continuée indéfiniment, car la rétention chlorurée n'est souvent que passagère, procédant par poussées et il arrivera presque toujours qu'un brightique soumis à la déchloruration, peut après quelques semaines, revenir pour longtemps sans inconvénient au régime normal. Le régime déchloruré au total sera prolongé aussi longtemps que dure la rétention. Un malade de Widal et Javal qui avait perdu 27 kilos par le régime déchloruré pouvait à la suite éliminer 20 à 30 grammes de chlorure ; un autre au bout de plusieurs mois ne pouvait en éliminer plus de 4 grammes.

Ces notions nouvelles sur l'influence du chlorure dans le mal de Bright, nous montrent que le lait ne doit plus être considéré comme l'aliment forcé du brightique. Tout prouve qu'il n'agit que parce qu'il est un aliment déchloruré, et dès lors on peut prescrire au malade un régime moins fastidieux, plus varié, à condition de surveiller la quantité des chlorures ingérée et leurs effets. La viande rouge si redoutée dans l'albumine n'est plus qu'un aliment inoffensif à condition de la prendre sans sel, encore peut-on en augmenter la saveur par l'addition de jus de citron. Comme quantité, Widal et Javal prescrivent 100 à 200 grammes de viande par jour et 100 à 250 grammes de pain ou de pommes de terre. Celles-ci peuvent être cuites au four ou sautées au beurre, les légumes, petits pois, carottes, poireaux sont préparés au beurre, sans addition de sel. Le régime peut comporter de la gelée de viande mais privée de sel, elle peut être utilisée pour donner du goût aux légumes verts. Les œufs, les pâtisseries, les fruits sont permis. Bien qu'il n'ait pas la saveur du régime ordinaire, le régime déchloruré constitue un grand progrès sur le régime lacté, d'ailleurs on peut l'associer au lait, et puis on peut se départir de sa rigueur au bout de quelque temps lorsque les reins sont redevenus perméables. Il importe aussi de remarquer que cette privation de sel n'a aucun inconvénient, elle ne peut être absolue, les éléments en contenant toujours une petite quantité nécessaire à l'organisme.

La déchloruration a été étendue à d'autres états morbides et a été étudiée d'abord dans les affections qui s'accompagnent d'œdèmes ou d'épanchements séreux. C'est ainsi qu'elle donne de très bons effets dans l'*ascite*, *les œdèmes cardiaques*. Achard et Paisseau ont constaté les effets du régime déchloruré sur les œdèmes et la quantité des urines. D'autre part, dans les cardiopathies systoliques, le pronostic est grave, d'après Merklen, Pouliot et Harlay, si l'hypochlorurie ne dépend pas du régime, d'une maladie fébrile ou de la diarrhée.

Dans l'*ascite hépatique*, la rétention du chlorure joue un rôle, car divers auteurs ont signalé de bons résultats par la déchloruration (Le Gendre, Chauffard). Il en est de même de l'*ascite de la péritonite tuberculeuse* (Noblecourt et Vitry).

Récemment, Chauffard et Boivin ont étudié dans la *pleurésie avec épanchement* les effets de la chloruration et de la déchloruration. Les résultats diffèrent selon les périodes de la maladie. Si on donne du sel pendant la période d'augment de la maladie, il y a rétention du chlorure et l'épanchement augmente, au contraire, pendant la période de diminution les chlorures n'ont plus aucun effet. Quant à l'action du régime déchloruré sur la pleurésie, si l'on veut obtenir de bons effets, il faut employer non pas le régime ordinaire déchloruré, mais le régime lacté.

La rétention des chlorures joue un certain rôle dans la *phlegmatia alba dolens*; c'est la conclusion de Chantemesse qui, ayant appliqué la cure de déchloruration, vit disparaître l'œdème malgré la persistance de l'oblitération veineuse.

Dans *l'athrepsie*, l'ingestion de sel provoque l'œdème, tandis que la déchloruration le fait disparaître.

La déchloruration a encore souvent donné de bons résultats dans le *glaucome* qui est un œdème du corps vitré.

On connaît depuis longtemps, grâce aux travaux de Richet et Toulouse, l'application du régime déchloruré dans l'*épilepsie*. Les tissus étant moins encombrés de chlorure à la suite de ce régime montrent pour ainsi dire une plus grande appétence pour le bromure qui manifeste mieux son effet thérapeutique. L'épileptique sera donc d'abord soumis au régime lacté, qu'il conservera pendant sa cure bromurée.

Il n'est pas jusqu'à certaines névroses qui ne puissent bénéficier du régime déchloruré, ainsi que vient de le montrer tout récemment Henri Claude. C'est une femme atteinte de *psychasthénie chronique*, de migraine, d'apathie, d'aboulie, qui peut en un mois reprendre sa vie ordinaire après plusieurs années de souffrances, échappant ainsi à l'internement. Le même confrère a eu recours, avec un plein succès, à la déchloruration dans le traitement de l'*asthme névrose*, l'asthme essentiel, chez une jeune fille de vingt-cinq ans, fille d'asthmatique, souffrant fréquemment de troubles dyspeptiques, de migraines et de névralgies, et en outre de grands accès d'asthme nettement caractérisés. La reprise du régime ordinaire ramena les crises d'asthme et la respiration ne redevint libre qu'après une nouvelle déchloruration. Enfin, une observation montre que l'*asthme des foins* pourrait bien être justiciable du traitement déchloruré.

Rappelons encore que la déchloruration peut être utile dans le traitement de certaines *dermatoses* ainsi que le montre une observation de dermite artificielle traitée avec succès de cette manière par Ravaut.

Il ne faudrait pas cependant appliquer de parti pris la déchloruration dans toutes les circonstances. La question encore à l'étude est sans doute plus complexe qu'on ne le croit. A ce point de vue, l'observation de Roque et Lemoine, sur le réveil de l'activité épithéliale par la chlorurie expérimentale est très suggestive ; on voit dans cette observation un malade atteint d'insuffisance rénale résistant à toute thérapeutique, présentant des œdèmes et des accidents urémiques, montrer un bien meilleur fonctionnement de son rein après l'ingestion de doses massives de chlorure de sodium, administrées pour étudier la perméabilité rénale aux chlorures. Les cellules épithéliales semblaient avoir recouvré leur vitalité sous l'influence de l'irritation due au chlorure de sodium. Il ne faut donc pas pousser trop loin, sans égard à l'observation de chaque fait, le régime déchloruré, car il peut se faire que la privation de cet excitant ait parfois certains inconvénients pour le malade.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses

Dr LESAGE

Médecin des Hôpitaux.

Prophylaxie du tétanos par l'emploi du sérum antitétanique sec et pulvérisé, par LETULLE (*La Presse médicale*, 16 juillet 1904). — L'auteur a institué dans son service le pansement antitétanique obligatoire dans tous les cas de perte de substance accidentelle (érosions, éraflures ecchymotiques, etc.), qui est appliqué de la façon suivante : après un lavage très soigné de la plaie, de préférence avec de l'eau récemment bouillie, on la saupoudre largement d'une couche épaisse de sérum antitétanique sec et pulvérisé : on a soin de remplir toutes les anfractuosités des parties machurées, et on termine en recouvrant la plaie d'un pansement d'ouate hydrophile aseptique ou de tarlatane aseptisée par ébullition prolongée. Le pansement est levé au bout de 24 heures : si la plaie suppure, il est bon de renouveler le pansement jusqu'à la fin de la suppuration.

Ce procédé n'offre aucun inconvénient : jamais on n'observe d'érythème, d'arthralgie, etc. L'auteur estime que, vu sa simplicité et ses résultats, il devrait être imposé à toutes les collectivités dépendant de l'Etat (lycées, armée, marine, etc.). De cette façon, par un moyen pratique et peu coûteux, on arriverait à se débarrasser d'une des plus homicides des maladies évitables.

E. VOGT.

La température dans la rougeole et la scarlatine et le traitement de l'hyperpyrexie dans ces maladies, par HENRY BERG (*Med. Record*, 2 février 1904). — Après avoir cherché les caractéristiques de la courbe thermique dans la rougeole et la scarlatine, l'auteur aborde la question importante de l'hyperpyrexie dans ces deux maladies. La température est ici assez élevée pour réclamer parfois une certaine attention, même en dehors de toute complication. C'est ce qui résulte aussi de l'incertitude où l'on se trouve de la durée de la température élevée. Les méthodes ordinaires pour abaisser la température dans les fièvres éruptives, employées aussi dans la rougeole et la scarlatine, sont les bains frais ou froids, comme dans la fièvre typhoïde, les lotions froides, les enveloppements froids et les médicaments antipyrétiques. Il faut proscrire l'usage de ces derniers. Quant aux méthodes hydrothérapiques, il est un fait assez constant, c'est que les bains, les lotions ou les enveloppements froids ne réduisent jamais la température autant que dans la fièvre typhoïde ou la pneumonie, par exemple. Il semble que dans ces maladies le froid, quels que soient ses modes d'application, a des effets différents sur la peau qui est le siège d'un exanthème. Ces différences peuvent tenir à l'infiltration sous-cutanée, aux troubles de la circulation capillaire. Il est arrivé que l'application de l'eau froide à une scarlatine, a déterminé la cyanose et parfois des hémorragies cutanées, grâce à la stase de la circulation cutanée.

Pour la même raison, les bains ou les enveloppements froids dans la rougeole et la scarlatine arrêtent la perspiration cutanée, ce qui a l'inconvénient d'empêcher l'élimination des toxines par la peau. Il faut au contraire favoriser ce mouvement de perspiration dans les fièvres éruptives. Dans tous cas de rougeole ou de scarlatine avec température élevée et autres phénomènes toxiques, mais avec éruption incomplète, l'auteur donne un bain chaud suivi d'enveloppement sec. La transpiration qui s'ensuit, favorise généralement l'éruption, tandis que la température baisse. Depuis quelques années, l'auteur emploie la méthode suivante ; le malade est placé dans un bain à la température de 27°, au bout de cinq à dix minutes suivant les cas, la température du bain est portée à 32° par l'addition d'eau chaude. La température de 27° n'est pas assez froide pour produire les effets fâcheux sur la circulation cutanée et ses

effets, en admettant qu'ils se produisent, sont contrebalancés par la température de 32°. En général, la température du corps baisse d'un à trois degrés et l'abaissement persiste plus longtemps qu'avec toutes les autres méthodes. Il ne faut pas oublier d'amener l'eau chaude du fond de la baignoire afin que le mélange se fasse rapidement. Il est inutile de frictionner le malade en sortant du bain, cette manière de faire aurait l'inconvénient, pour la peau couverte d'éruption, d'entraîner une pseudo-desquamation, bien avant la véritable desquamation.

Les cas d'hyperpyrexie plus légers sont traités par des lotions d'eau à 21° à laquelle on ajoute un tiers d'alcool ordinaire, afin de stimuler les capillaires et les nerfs de la peau. On se sert d'une forte éponge douce, en ayant soin d'absorber l'excédent d'eau et le malade est légèrement couvert comme après le bain. Des deux méthodes, la plus efficace dans les très hautes températures de la rougeole et de la scarlatine, consiste dans les bains frais.

L. Jumon.

Quinopyrine dans la malaria (*Sovremen-Terapia*, n° 9, 1903). — La quinopyrine constitue comme on sait, une combinaison de trois parties de chlorhydrate de quinine et de deux parties d'antipyrine (les proportions en poids).

Zycaria a tout d'abord constaté qu'il est complètement inutile de se servir d'une préparation toute faite qu'on trouve dans le commerce, comme l'a proposé Laveran; il estime au contraire, qu'il vaut mieux la faire préparer chaque fois qu'on en a besoin d'après la formule suivante :

Chlorhydrate de quinine.	3	grammes
Antipyrine.....	2	—
Eau distillée.....	6	—

Une seringue entière pour les adultes à injecter en une fois. Les observations de l'auteur (au nombre de 51) ont montré que pour obtenir le résultat voulu dans les cas peu graves ou de gravité moyenne une seule injection est suffisante; dans les cas graves il en faut trois au maximum.

La préparation en question présente un inconvénient : elle provoque souvent un endurcissement dans la région de la piqûre qui, quoique non douloureux, persiste assez longtemps.

Roubleff.

Chirurgie générale

Dr Benoit

Ancien interne des hôpitaux

Traitement de l'obstruction intestinale, par Rutherford Morison (*The Edinb. med. J.*, juillet 1904).—Le traitement de l'obstruction intestinale n'a pas progressé comme la chirurgie abdominale et les résultats, en ce qui concerne, l'intestin grêle ne sont pas meilleurs aujourd'hui qu'il y a vingt-cinq ans. Cela tient à ce qu'on n'opère pas assez tôt.

Pour combattre la douleur, il n'y a que l'opium, qui doit être administré par le rectum, ou sous forme d'injections de morphine à dose de un centigramme et demi. Il ne faut pas administrer des doses répétées d'opium dans les cas abdominaux aigus. Celles-ci masquent tous les symptômes et donnent une fausse sécurité. L'opium paralyse l'intestin et favorise l'absorption toxique, puis il prédispose au choc opératoire. Avant de l'employer, il faut pratiquer un examen soigneux, et s'il y a indication opératoire, il faut agir sans délai. Chez d'autres malades, on pourra attendre que l'effet des opiacés soit dissipé, et si les accidents se reproduisent, il faut recourir à l'opération, sinon, après un repos de huit heures, on donne de l'huile de ricin, puis un lavement afin de savoir s'il y a ou non obstruction.

Si l'abdomen n'est pas distendu et si l'opium a calmé beaucoup les symptômes, la question opératoire n'est pas aussi urgente. Le cas est favorable pour un traitement palliatif si le malade rend des gaz, s'il y a des mouvements péristaltiques de l'instestin, si l'estomac rejette son contenu avec vigueur, si la distension ne s'accroît pas et si le pouls est fort et non rapide.

Trois indications doivent alors être remplies : le lavage d'estomac; l'abstention complète d'aliments par la bouche et l'emploi de doses répétées d'opium. La tolérance de l'estomac varie. Parfois, des boissons abondantes chaudes peuvent être administrées, elles sont alors vomies, ce qui remplace le lavage. Pour combattre la soif, après le lavage de l'estomac, on peut faire prendre quelques gorgées d'eau chaude et le malade se rince la bouche à l'eau froide sans en avaler. La glace apporte un soulagement momentané, mais est toujours nuisible. L'alimentation doit se faire par le rectum. On injecte lentement toutes les deux ou trois heures, un demi-litre de bouillon et de lait, par parties égales, auquel on ajoute une cuillerée à thé de sel et 15 grammes d'eau-de-vie à la tempéra-

ture de 38°. En général, les deux ou trois premiers lavements alimentaires sont bien retenus. Un signe favorable consiste dans l'émission de gaz lorsque le lavement ressort en partie, la diminution de la tension abdominale. Il est bon de faire un lavage d'intestin au bout de vingt-quatre heures quand les lavements ont été gardés.

Avant de donner les lavements, l'auteur recommande l'emploi d'un anesthésique pour assurer le relâchement musculaire complet. Il est habituellement impossible de dire si ce traitement a donné un résultat, même si la tumeur qu'on sentait distinctement a disparu; il n'est pas certain qu'il en soit ainsi, et on peut avoir perdu du temps à attendre le retour des accidents.

Dans les cas chroniques seulement, on peut attendre sans trop d'inconvénients. L'auteur enfin considère comme utile l'application d'un large cataplasme chaud recouvrant tout l'abdomen, on le laisse en place pendant une heure, on le remplace par du coton chaud et on en applique un autre toutes les huit heures.

L'opération faite durant les 24 ou 48 premières heures pour supprimer la cause de l'obstruction offre un pronostic favorable au point de vue de l'issue.

Le chloroforme est le meilleur anesthésique à employer pour l'opération, dont le premier objet est de permettre de vérifier le diagnostic et de constater l'absence ou l'existence de la péritonite. La recherche de l'obstruction commence au voisinage de la plaie, en ayant soin de retenir les anses intestinales dans la cavité abdominale à l'aide d'éponges ou de compresses stérilisées chaudes.

Le second objet de l'opération est de déterminer le siège de l'obstruction sur l'intestin grêle ou sur le gros intestin. Si l'intestin grêle est considérablement distendu, il faut pratiquer l'entérostomie qui tient une place utile dans le traitement de l'obstruction intestinale, tant que l'opération précoce ne sera pas plus fréquente.

Les rétrécissements ou obstructions du gros intestin constituent la plus grande partie des cas d'obstruction intestinale. L'exploration du gros intestin est plus facile et moins dangereuse dans ses conséquences que pour l'intestin grêle. L'opération aura pour but, soit un traitement radical, soit un soulagement immédiat. S'il existe une tumeur du colon, il ne faut pas essayer de l'enlever en présence d'une obstruction, car c'est courir à un désastre. Dans les états inopérables, la colotomie inguinale gauche est l'opération de choix si l'obstruction est située trop bas pour ne permettre autre chose. S'il existe une tumeur opérable, sauf dans le cas où cette tumeur siège dans l'S iliaque ou dans le colon transverse, l'auteur fait la cœcostomie, puis, lorsque le malade est guéri de son obstruction, il enlève la tumeur; l'intestin peut alors être restauré par une anastomose. Si la tumeur siège dans l'S iliaque ou le colon transverse, on fixe l'intestin à la paroi, on ouvre l'intestin en dessus et on le draine; puis, au bout de quinze jours, on enlève la tumeur dans une seconde opération au cours de laquelle on pratique l'entéro-anastomose.

Lorsque la cause de l'obstruction ne peut être supprimée, et dans ce cas le malade n'a que peu de temps à vivre, l'auteur pense qu'on peut faire l'anastomose immédiate et refermer l'abdomen, afin d'éviter plusieurs opérations successives à un malade affaibli.

L. Jumon.

Traitement des hernies par injection d'alcool (*Réunion de la Soc. All. de Chirurgie*, 9 avril 1904). — Brodnitz a repris la méthode autrefois recommandée par Schwalbe; 44 adultes et 29 enfants, atteints de hernies inguinales, ont reçu, tous les deux ou trois jours, une injection d'alcool (0 gr. 5 à 1 gr. pour les enfants, 3 à 5 gr. pour les adultes), dans le pourtour du canal inguinal. Vers la troisième ou quatrième injection, il se produit une réaction inflammatoire avec gonflement marqué des parties molles : à ce moment, le doigt ne peut plus pénétrer dans le canal inguinal et le sac herniaire est repoussé dans la cavité abdominale. Au bout de quelques semaines, toute réaction a disparu et la hernie se reforme : à ce moment, on reprend les injections, mais une fois par semaine seulement, ce qui provoque la formation de tissu cicatriel.

45 malades, examinés 6 mois après le traitement, ont donné les résultats suivants : dans 19 cas avec canal très large, 4 récidives ; dans 10 cas avec canal étroit, pas de récidive ; chez 16 enfants de 6 mois à 3 ans, aucune récidive. La méthode est donc à recommander pour tous les cas où il n'existe pas de sac herniaire marqué.

E. Vogt.

Traitement du carcinome de l'œsophage par le radium (*Wiener Klin. Wochenschrift*, n° 4, 1904). — Exner dispose de 3 cas, dans lesquels, sous l'influence du radium, le rétrécissement se dilata par nécrose du néoplasme. L'auteur espère de cette façon éviter la gastrostomie.

E. Vogt.

Statistique du traitement opératoire du cancer du sein (*Therap. Monatshefte*, juillet 1904). — Le Pr Fietze, de Breslau, a opéré en

8 ans, 81 cancers du sein, avec un seul décès par cachexie. Sur 74 cas qui ont pu être suivis après l'opération, 14 eurent des récidives et un une métastase, ce qui démontrerait qu'avec les méthodes opératoires actuelles le danger d'une récidive sur place a beaucoup diminué. Parmi les femmes guéries sans récidives, il en est qui sont bien portantes depuis 4 ans. C'est dans les premiers six mois après l'intervention que la récidive se manifeste de préférence (42,8 0/0). Mais, si la plaie reste aisément indemne, il n'en est pas de même de l'organisme, car beaucoup de malade sont mortes ultérieurement de cancer. Sur 46 malades utilisables pour cette statistique, 33 sont mortes ou inopérables; 13 sont bien portantes depuis plus de 3 ans et n'ont jamais eu de récidives (28,2 0/0). Mais il ne faut pas oublier que ce terme de 3 ans est cependant trop court, et qu'en définitive un cinquième tout au plus des opérées reste définitivement indemne. Le seul perfectionnement que la chirurgie pourrait actuellement introduire dans le traitement du cancer du sein serait l'évidement systématique de la fosse sus-claviculaire dans tous les cas se présentant à l'opération, car c'est là que les métastases se manifestent de préférence.

Enfin, il faudrait que les médecins de famille ne perdent pas, comme il arrive trop souvent, un temps précieux à traiter par des applications locales de petites tumeurs du sein qui manifestent un beau jour leur malignité par des symptômes indiscutables : des chirurgiens expérimentés eussent reconnu, dès le premier jour, le caractère grave de la lésion.

E. Vogt.

Traitement de l'ulcère des jambes par le tissu de caoutchouc et l'acide borique, par Scott Schley (*Med. Record*, 4 juin 1904).—Après avoir énuméré quelques méthodes de traitement d'ulcère variqueux, l'auteur expose la sienne : saupoudrer abondamment d'acide borique bien pulvérisé les surfaces granuleuses, puis recouvrir d'une pièce de tissu de caoutchouc dépassant les bords d'un ou de deux pouces et assujettir le tout par un emplâtre adhésif. Placer ensuite une couche de gaze hydrophile et compléter le pansement par plusieurs tours de bande. Ces pansements doivent être laissés en place au moins pendant cinq jours, habituellement pendant une semaine, quelquefois plus longtemps. L'acide borique agit ici en astringent antiseptique, diminuant la sécrétion et réprimant des granulations exubérantes, deux conditions qui arrêtent les progrès de la cicatrisation. C'est ce qui a conduit à se servir de poudres absorbantes, mais souvent celles-ci forment une croûte au-dessous de laquelle l'exsudation continue.

Souvent, après avoir enlevé ce pansement, la surface paraît humide, mais les granulations ne semblent pas recouvertes. Il faut se garder de toucher à la surface, car elle ne tardera pas à se recouvrir d'une mince couche épidermique. Les résultats donnés à l'auteur par cette méthode de pansement ont été extrêmement rapides. La méthode a été étendue au traitement des ulcères tuberculeux et a été employée avec succès.

Dans les brûlures au second degré, l'auteur a employé une pommade composée de 10 0/0 d'acide borique et d'oxyde de zinc, et en recouvrant la pommade du tissu de caoutchouc.

Contre les ganglions tuberculeux, l'auteur s'est loué de l'emploi d'une pommade composée d'une partie de gaïacol pour 8 de lanoline. Contre les tuméfactions ganglionnaires simples, il se sert de pommades à l'ichthyol ou à l'iode. sous le tissu de caoutchouc. Si l'application d'ichthyol ou de gaïacol détermine une irritation, on interrompt le traitement pendant quelques jours pour recourir à l'oxyde de zinc.

Lorsqu'il s'agit de la phlébite, de la périphlébite, que les ulcères ont un fond verdâtre, il est mieux de commencer par les pansements à l'acétate d'alumine, à l'acide phénique à 1 : 100, à la créoline. Les eczémas qui persistent ont cédé rapidement à une pommade composée d'acide salicylique et d'oxyde de zinc.

En résumé, l'auteur recommande le traitement par l'acide borique et le tissu du caoutchouc empêchant l'évaporation. La sécrétion totale est moindre qu'avec d'autres pansements absorbants, bien qu'elle paraisse encore assez forte, en raison de l'imperméabilité du caoutchouc; néanmoins les pansements peuvent être rares.

L. Jumon.

Traitement de l'arthrite déformante, par Edw. Skinner (*Medic. Record*, 25 juin 1904). — Le traitement ordinaire de l'arthrite déformante doit être modifié suivant les indications de chaque cas particulier. D'une façon générale, l'alimentation doit être aussi substantielle et assimilable que possible, et doit se composer de viandes rouges en abondance. Les malades garderont le repos au lit au moins dix heures sur vingt-quatre.

Skinner fait prendre trois fois par jour, demi-heure avant le repas, une pilule d'un milligramme et demi de strychnine et de 0 gr. 10 d'iodure de fer, et, dans les cas d'amaigrissement, une cuillerée à soupe d'huile de foie de morue trois fois par jour après les repas. On donnera avant le premier déjeuner

de l'eau minérale purgative deux ou trois fois par semaine s'il y a constipation.

Le traitement par l'air chaud peut être institué deux fois par semaine, de même que la galvanisation cérébrale. Deux ou trois fois par semaine encore on pourra pratiquer la stimulation générale par les vibrations mécaniques. Une fois par jour on fera une application d'électricité statique. Dans les cas chroniques, on pourra tirer de longues étincelles des jointures affectées.

Lorsque les articulations ankylosées ne se trouvent plus dans l'état aigu et si l'impotence fonctionnelle n'est pas due à des formations ostéophytiques, on pratiquera des mouvements passifs tous les jours sous forme de mouvements alternatifs de flexion et d'extension, en essayant d'augmenter le champ d'excursion du membre à chaque séance. Cinquante-un cas traités dans la pratique privée durant quatre ans ont montré ce que l'application de ce traitement peut donner. Sur 24 malades qui étaient complètement incapables de se livrer à leurs occupations ordinaires, 6 furent assez améliorés pour pouvoir reprendre leur existence ordinaire, 3 ne furent que légèrement améliorés, et 8 autres interrompirent trop tôt le traitement. Sur 27 malades qui n'avaient qu'une incapacité partielle, 7 furent complètement rétablis, 4 furent améliorés et 14 autres cessèrent trop tôt le traitement. Sur 36 malades souffrant constamment de douleurs, 10 furent complètement soulagés, 12 eurent leurs douleurs très diminuées. La douleur pendant les mouvements disparut entièrement dans 5 cas sur 15. Enfin l'état général fut très nettement amélioré dans tous les cas.

L. Jumon.

Maladies des Voies digestives

Dr Soupault

Médecin des hôpitaux

Traitement médical du cancer de l'estomac, par A. Robin (*Le Bulletin médical*, 2 juillet 1901). — Pour l'auteur, le condurango est un simple toni-apéritif ; quant au bichlorhydrate de quinine, il semble retarder l'évolution de la maladie et améliorer quelques-uns de ses symptômes : la dose moyenne est de 1 gramme par jour : il faut alterner les trois modes d'administration buccale, rectale et sous-cutanée, pour permettre de continuer la médication pendant longtemps. L'auteur procède ainsi : pendant huit jours, injiest sonous-cutanée bi-quotidienne, au niveau du creux épigastrique, de 1, puis 2 cc. d'une solution aqueuse à 50 0/0. Les huit jours suivants, ingestion de 0 gr. 50 du sel quinique à jeun ou un quart d'heure avant le déjeuner, et un suppositoire contenant 0 gr. 50 avant de s'endormir. Puis on revient aux injections, et ainsi de suite.

L'auteur corrobore cette action en donnant en outre l'arrhénal en solution à 5 0/0 (pendant cinq jours, XX gouttes prises en deux fois). Ensuite, pendant cinq jours, il donne une cuillerée à soupe, avant le déjeuner et le dîner de la solution suivante :

Bromure d'or.....	0 gr. 05
Eau distillée.....	300 grammes

Comme régime, le régime lacté sera réservé aux malades ayant de l'intolérance gastrique, de la sténose pylorique, des hématémèses. Aux autres, un régime végétal sera recommandé si les fonctions intestinales sont troublées. Si tel n'est pas le cas, on peut permettre une alimentation mixte.

Mais il faut lutter contre l'anorexie ; on donnera dans ce but, une demi-heure avant le déjeuner et le dîner, une cuillerée à soupe de persulfate (2 gr. pour 300 gr.), ou de métavanadate de soude (0 gr. 03 pour 450 gr.). En cas d'insuccès, on donnera une à trois cuillerées à soupe avant les repas de la solution suivante :

Trèfle d'eau.....	10 grammes
Vin rouge bouillant...	100 —

Faire infuser 24 heures, filtrer et laisser refroidir.

Pour aider à la digestion du repas, on donnera du milieu à la fin du repas, par petites gorgées, une solution aqueuse d'acide chlorhydrique (2 gr. pour 1 litre), et au milieu du repas un cachet ainsi formulé :

Pepsine à titre 50.....	1 grammes
Maltine.....	0 gr. 10

Après le repas, 2 pilules kératinisées de pancréatine.

Quand les fermentations causent des crises douloureuses, on prescrira :

Sous-nitrate de bismuth.	4 grammes
Acide phénique.....	XV gouttes
Eau chloroformée.....	120 grmmes

Une cuillerée à café après le repas, une autre dès la première sensation douloureuse.

En cas de pyrosis :

Carbonate de chaux précipité.....	à à 4 grammes
Magnésie hydratée..	
Bicarbonate de soude	6 grammes

Mêlez et divisez en 12 paquets : à prendre une poudre dès la moindre sensation de brûlure.

En cas d'intolérance gastrique absolue, alimentation rectale.

Pour lutter contre la cachexie, on fera des injections sous-cutanées de glycérophosphate de soude à la dose de 0 gr. 25.

E. Vogt.

Peroxyde d'hydrogène dans certaines affections stomacales (*Med. Obosr.*, n° 18, 1903). — Dans un certain nombre de cas d'ulcère rond de l'estomac Novikoff a administré à l'intérieur dans un but de diagnostic du peroxyde d'hydrogène d'après la formule suivante :

Peroxyde d'hydrogène à 30 0/0.....	0 gr. 70
Eau distillée.....	85 grammes
Sirop de fleur d'oranger.	15 —

Une cuillerée à soupe toutes les deux heures.

Dans les cas d'ulcère de l'estomac, la potion provoquait des douleurs épigastriques et parfois une cardialgie très intense ; au contraire, les douleurs purement nerveuses disparaissaient très rapidement.

Chez les enfants, la dose ne doit pas dépasser 0 gr. 50 pour 100 grammes de potion. Etant donné qu'il peut survenir des phénomènes d'irritation violente du côté de l'estomac, il ne faut pas administrer aux adultes le médicament en question en concentration plus forte.

En se basant sur ses observations, l'auteur affirme que le peroxyde d'hydrogène agit rapidement et sûrement dans les gastrites et gastro-entérites chez les enfants et même dans le choléra infantile. Dans la constipation déterminée par l'atonie des intestins, aussi bien chez les enfants que chez les adultes, l'auteur est arrivé à exciter l'activité intestinale à l'aide de l'action vivifiante du peroxyde d'hydrogène. Les vomissements, à la condition qu'ils ne soient pas d'origine cérébrale, disparaissent également à la suite de l'administration de peroxyde d'hydrogène. Même dans les catarrhes de l'estomac et de l'intestin chez les alcooliques, le peroxyde d'hydrogène agit favorablement sur la constipation opiniâtre, de même que sur les autres phénomènes catarrhaux.

Roubleff.

Réflexions à propos de l'hyperchlorhydrie et son traitement, par le Dr Bernardino Haudete Trago (*Thèse de Madrid*, 1903). — Conclusions : 1° L'hyperchlorhydrie est une maladie et non un symptôme ;

2° Cliniquement, il n'y a que deux classes d'hyperchlorhydries, les véritables et les fausses : ces dernières se divisent en aiguës et chroniques ;

3° Les différences qu'on trouve dans les hyperchlorhydries dépendent du terrain et de l'étiologie ;

4° L'indigestion ouvre la scène dans l'hyperchlorhydrie ;

5° Parmi les différentes théories qui prétendent expliquer la pathogénie de l'hyperchlorhydrie, la nerveuse est la plus vraisemblable ;

6° Les toxines digestives jouent un rôle très important dans le développpement de l'hyperchlorhydrie ;

7° La diète lactée doit être la première prescription du médecin ;

8° Quelques hyperchlorhydriques guérissent avec la médication antiseptique ;

9° Le médecin ne doit jamais oublier le terrain sur lequel évolue l'hyperchlorhydrie, ou les indications thérapeutiques qui en découlent ;

10° Le gastro entéro-anastomose est la ressource suprême ;

11° On ne doit pas généraliser l'usage de la gastro-entéro-anastomose pour le traitement de tous les hyperchlorhydriques avec spasme pylorique ;

12° Le traitement médical mixte est celui qui donne le plus grand nombre de guérisons.

F. Bérini.

Etiologie et traitement de l'appendicite (*Deutsche med. Ztg*, 20 juin 1904). — Korach, à la suite de recherches remontant à 25 ans en arrière, constate que c'est vers 1890 que le nombre des cas d'appendicite a augmenté, et qu'il ne s'agit pas seulement d'une question de nomenclature ou de perfectionnement de diagnostic, ainsi que le veut Villaret. Korach, de 1879 à 1883, observa à Hambourg, 10 appendicites pour 200 malades d'hôpital et de clientèle, et de 1899 à 1903, 25 cas pour 70 malades. L'influenza seule peut expliquer cette recrudescence : on trouve, du reste, consignés dans la description d'une épidémie qui assaillit l'Allemagne à la fin du XVIIIe siècle, de nombreux cas d'influenza à forme péritonéale.

L'auteur estime que le traitement hospitalier de l'appendicite a trop souvent pris le pas, dans les publications actuelles, sur le traitement des malades de ville. Lui-même, dans les 50 derniers cas traités dans sa clientèle privée, n'a pas perdu un seul malade. Dans les cas d'appendicite catarrhale, de beaucoup les plus nombreux, il serait imprudent d'opérer de suite indistinctement : il faut agir selon les indications de chaque cas particulier. La question est toute différente quand les symptômes graves apparaissent dès le début, ou qu'on se trouve en présence d'une récidive. Si l'on opère alors dans les vingt premières heures, le pro-

nostic s'améliore notablement. La récidive d'accidents de colique appendiculaire constitue de même une indication opératoire.

L'auteur est un partisan du traitement par l'opium ; dès le début, il l'administre à hautes doses en suppositoires, pour calmer l'irritabilité intestinale. Ce résultat obtenu, on diminue peu à peu les doses, et on les augmente à nouveau si les douleurs réapparaissent. L'emploi de laxatifs ou purgatifs quels qu'ils soient, d'entéroclysmes est considéré par l'auteur comme une pratique dangereuse, allant à l'encontre du but cherché, le repos du péristaltisme. Au contraire, l'ingestion par la bouche, d'eau ou de lait, à une température moyenne, ne provoquera pas de mouvements péristaltiques et sera autorisée.

Dans la clientèle privée, on trouve dans la proportion de 25 0/0, chez des femmes et des enfants nerveux, une vive sensibilité dans la région iléo-cœcale : cette sensibilité peut s'exalter à un haut degré et simuler une appendicite : ces cas, fréquents dans la clientèle, sont très rares à l'hôpital et expliquent en partie les divergences d'opinion qui se manifestent entre les auteurs au point de vue de la gravité du pronostic de l'appendicite.

E. Vogt.

Appareil pulmonaire
Cœur et Vaisseaux

Dr G. Lyon

Ex-chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Les infusions intra-pulmonaires (*Soc. de méd. interne de Berlin*, 13 juin 1904). — Rosenberg et Jacob, après divers essais sur des bovidés tuberculeux, au moyen de créosote, pyoctanine, tuberculine, etc., ont appliqué leur méthode sur des tuberculeux du service de Jacob.

Rosenheim procède de la façon suivante : le malade étant assis, on cocaïnise le pharynx et le larynx et on introduit dans la trachée un tube par lequel on injecte quelques centimètres cubes d'une solution d'eucaïne à 2 0/0 avec addition de quelques gouttes d'adrénaline au millième. On peut alors introduire un tube dans la bronche malade sans provoquer de réflexe. Les accès de toux se manifestent au moment où l'on injecte l'eucaïne, mais ils sont de courte durée : il est toutefois préférable de s'abstenir de toute manipulation s'il existe une tendance à l'hémoptysie. Si l'eucaïne provoque des maux de tête, on se servira d'une solution au même titre d'anesthésine. Au moyen du tube introduit dans la bronche, on injecte une solution à 0,01 0/0 de tuberculine, à la dose de 20 à 30 ccm. Au bout de 3 à 4 jours, on fait une nouvelle infusion et si l'on n'observe aucune réaction, on augmente le titre de la solution peu à peu, jusqu'à atteindre 0,1 0/0. Le tube est de petit calibre, long de 45 cm., monté sur un mandrin que l'on retire au moment d'injecter. Le malade doit respirer profondément pendant l'opération et s'étendre de suite après, si c'est la partie supérieure du poumon que l'on cherche à atteindre.

Jacob a ensuite entretenu la Société des résultats obtenus dans son service : 5 tuberculeuses, se trouvant au début ou à peu près du second stade de la maladie, atteintes depuis un an environ, fortement amaigries, reçurent pendant 3 à 6 mois, des infusions au nombre de 15 à 40. Il a été parfois nécessaire de ne pas dépasser certaines doses (entre 0,01 et 0,1 0/0), pour éviter des réactions trop fortes. Au bout de 4 à 8 semaines de traitement, les bacilles avaient chez toutes disparu, le poids augmenta de 2 à 3 kilos ; l'examen local démontra une amélioration considérable des lésions.

L'orateur a reconnu que pour obtenir une réaction avec la tuberculine, il suffit du dixième de la dose nécessaire en injection sous-cutanée, quand le poumon est atteint. Dans le cas contraire (tuberculose localisée dans d'autres organes), il faut une dose égale à celle qui provoque la réaction en injection hypodermique.

Il sera donc dès maintenant possible de remédier à un des inconvénients de cette dernière méthode : on envoie en effet souvent dans les sanatoria des tuberculeux réagissant à la tuberculine avec poumons indemnes : grâce à la grande sensibilité de l'infusion intra-pulmonaire, de pareilles erreurs ne seront plus possibles.

E. Vogt.

La tuberculine comme moyen de diagnostic de la tuberculose, par le Dr F. Tours (*Revista de Ciencias médicas*, no 8, 1903). — Les observations de l'auteur lui permettent d'affirmer que l'épreuve de la tuberculine n'est pas un moyen suffisant pour nier l'existence de la tuberculose, car sa réaction peut manquer si l'affection est ancienne ou à marche lente.

Dans les cas où on peut diagnostiquer la tuberculose, la réaction tuberculinique, quand elle est positive, constitue un moyen de diagnostic qui peut être utilisé, et dans les cas douteux, à cause du peu de précision des symptômes, cette réaction peut décider le diagnostic, sauf la réserve que l'auteur fait dans une autre conclusion.

Une réaction positive peut être due à des foyers tuberculeux éteints, mais cette conclusion offre quelques obscurités.

Un grand nombre d'individus tout à fait sains et continuant à le rester pendant toute leur vie, présentent la réaction par la tuberculine; cette réaction ne justifie alors pas l'adoption de mesures thérapeutiques ou sociales. Il est probable que les sujets de cette catégorie se refuseraient à toute médication.

On doit donner la préférence aux moyens de diagnostic courant, enseignés par la clinique et qui, heureusement, réussissent dans la plupart des cas.

F. Berini.

L'hypothèse de l'identité de l'asthme et de l'hay-fever, conséquences thérapeutiques, par Hollen (*The medical age*, 10 juin 1904). — L'auteur propose le terme de bronchite vasomotrice pour désigner l'hay-fever, toutes deux étant dues à la paralysie des nerfs vaso-moteurs qui influencent la muqueuse des voies aériennes. Il cherche ainsi à établir l'identité des deux affections qui reconnaîtraient un traitement similaire, quoique encore empirique. Le traitement doit être dirigé dans les deux cas contre la paralysie vaso-motrice, origine de troubles variés. La première indication à remplir est de supprimer toute lésion pouvant constituer une cause d'irritation.

Le médicament le plus rationnel que les médecins aient aujourd'hui à leur disposition pour le traitement de la rhinite vaso-motrice est l'adrénaline, qui semble rétablir l'équilibre vaso-moteur et supprime la turgescence par son action constrictive sur les vaisseaux engorgés, d'où la disparition du coryza, de la dyspnée, des éternuements et autres troubles. L'adrénaline a ici une action générale et locale. On l'administre de préférence sous forme de spray, sans négliger son emploi interne. La rougeur oculaire peut être combattue par une instillation locale de la solution.

Bien que l'action de l'adrénaline convienne *à priori* au paroxysme de l'asthme, on ne l'a pourtant pas utilisée d'une façon aussi générale que dans l'hay-fever. Cependant on a obtenu de bons résultats avec le pulvérisateur, le médicament étant projeté aussi loin que possible dans la gorge pendant une aspiration profonde. Mais on peut administrer le médicament à l'intérieur avec de bons résultats. On l'a aussi employé à doses de trois à dix gouttes en injections hypodermiques. On doit du reste recourir à l'usage des sédatifs généraux pendant le paroxysme, notamment à la morphine, à l'atropine, au chloroforme et au nitrate d'amyle.

L. Jumon.

Traitement des tumeurs anévrysmales par les injections sous cutanées de sérum gélatiné (*Acad. de méd.*, 5 juillet 1904). — M. Lancereaux ayant communiqué des cures de tumeurs anévrysmales de l'aorte par l'emploi du sérum gélatiné, M. Reynier a confirmé les bons résultats de cette thérapeutique, en apportant un cas d'anévrysme du sinus caverneux et de tumeur anévrysmale aortique dont il a observé la disparition progressive sous l'influence du même traitement. Voici la formule employée par Lancereaux : préparer une solution contenant 25 grammes de gélatine et 7 grammes de chlorure de sodium pour un litre d'eau distillée. Cette solution doit être stérilisée à l'autoclave sous pression à 110°-115°. Tous les cinq jours, on pratique une injection sous-cutanée de 200 grammes de cette solution.

A. Benoit.

Comment on doit traiter une phlébite, par C. Oddo (*Marseille médical*, 1er juillet 1904). — La crainte de l'embolie a fait que dans l'incertitude on a imposé aux malades une immobilisation de trop longue durée; or, cette manière de faire comporte des dangers. C'est d'abord au début qu'il faut redouter l'embolie et immobiliser le malade. La période préoblitérante de la phlébite qui exige l'immobilisation se traduit par la douleur spontanée et provoquée sur le trajet des gros troncs veineux du membre inférieur, par la lourdeur et l'impotence qui augmentent pendant la station debout, enfin par l'empâtement ou l'induration cylindrique. Il faut sur le champ immobiliser le membre malade en bonne position, confectionner avec une série de coussins résistants un plan incliné très uni, placer des draps d'alèze roulés formant gouttière sur laquelle on mettra une étoffe imperméable pouvant entourer tout le monde, en donnant la préférence à la toile-chiffon, au-dessus de celle-ci étaler une couche épaisse de coton cardé, stérilisé, non hydrophile. Ce lit de coton doit être d'une seule pièce pour que l'épaisseur soit partout uniforme et qu'il puisse envelopper tout le membre. Trois lacs placés au-dessous de la toile imperméable serviront à la refermer ainsi que le coton.

L'extension de la jambe sur la cuisse doit être complète, sous peine d'entraîner des positions vicieuses difficiles ensuite à corriger. La plante du pied doit être soutenue par un plan vertical et le poids des couvertures ne doit pas porter sur les orteils, le pied bot phlébitique dans la plupart des cas n'a pas d'autre cause

d'après l'auteur. Le talon doit être redressé par une compresse longuette placée au-dessous du tendon d'Achille ou plus simplement, il devra dépasser légèrement le plan de sustentation. Le tronc et les épaules doivent être tout à fait horizontaux et ne devront être élevés sous aucun prétexte. On ne permettra qu'un petit coussin ou qu'un traversin bas sous la nuque. La flexion du bassin sur la cuisse est le mouvement le plus redoutable dans la phlébite, l'extrémité supérieure du caillot prolongé se trouvant précisément au niveau de l'arcade crurale et pouvant être sectionné dans le mouvement. C'est en s'asseyant que les phlébitiques meurent dans leur lit. Si les deux membres sont pris, il faut absolument se servir de la gouttière de Bonnet qui présente ici des inconvénients très graves. Le meilleur moyen est d'installer le malade sur le lit mécanique Dupont. Des soins particuliers doivent être pris pour éviter le décubitus résultant de toute compression au niveau du siège.

La médication locale ne paraît avoir d'autre application que l'action calmante ; on peut employer tous les calmants depuis le baume tranquille laudanisé jusqu'au salicylate de méthyle. Le mésotane a une très grande efficacité, il y a avantage à l'étendre de deux tiers d'huile de jusquiame. On fera les onctions avec du coton hydrophile promené doucement sans appuyer.

Comme médication générale, on peut recourir à l'hamamelis virginica qui fait prendre patience aux malades et au collargol en frictions qu'on pourrait essayer par analogie avec l'endocardite infectieuse.

La phlébite étant une affection douloureuse, on emploiera les analgésiques, l'aspirine à dose de 2 à 3 grammes par jour ; si la douleur est très vive il faudra recourir à la morphine. Contre les crampes, les secousses musculaires, on se trouvera bien d'employer le véronal dont Pierre Marie a montré l'action sédative sur les contractures ; on le prescrit à la dose de 1 gramme en deux cachets. On pourra tenter la diète des chlorures, mais sans en attendre de grands résultats.

A quel moment doit commencer la mobilisation? Le seul signe certain de l'arrêt de la phlegmasie est l'absence de température. Il faut donc, dès le début de la phlébite et tout le temps de sa durée, y compris la convalescence, prendre, matin et soir, la température centrale, comme on le fait pour une accouchée ou pour un opéré. La mobilisation ne sera commencée que le vingt-unième jour après la dernière élévation de température. Attendre plus longtemps serait une faute grave, car ce serait entretenir et aggraver les troubles trophiques.

Le massage commence par le pied, les parties latérales de la jambe, puis la partie externe de la cuisse en évitant les régions correspondantes aux veines. Il consiste d'abord en effleurage, plus tard, il est plus actif. La mobilisation doit être progressive et centripète, commence par les orteils, continue par le tarse le coup-de-pied, puis le genou, mais les mouvements de la cuisse devront être évités pendant longtemps. Ce n'est qu'au bout de trente ou quarante jours après la dernière élévation de température qu'on autorisera un coussin, puis progressivement on permettra au malade de s'asseoir. Le lever et la marche doivent être soumis aux mêmes précautions.

Enfin il y aura à soigner les suites de la phlébite.

L. Jumon.

Maladies du système nerveux

Dr P. Sainton

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine.

Un an de ponctions lombaires dans un service hospitalier, par MM. Chauffard et Boidin (*Gazette des hôpitaux*, 28 juin 1904). — L'exploration systématique du liquide céphalo-rachidien a été faite sur 40 malades susceptibles de présenter une réaction méningée. Nous n'avons pas à relever les résultats qu'elle a donnés au point de vue du diagnostic, nous signalerons seulement l'opinion des auteurs au point de vue des effets thérapeutiques qui ont été tout à fait nets dans quelques cas. Ils rappellent d'abord la valeur de la ponction lombaire comme traitement des méningites tuberculeuses et des tumeurs cérébrales, dont ils ont observés des exemples remarquables. Dans un cas de méningite syphilitique, ils ont vu se produire un amendement des phénomènes douloureux après chaque ponction.

Ils ont été à même de vérifier son action bienfaisante dans un cas de vertige labyrinthique, caractérisé par des bruits subjectifs avec état vertigineux constant, se compliquant de grands ictus. La malade avait déjà eu cinq de ces chutes précédées d'un aura auditif. La soustraction de 15 centimètres de liquide céphalo-rachidien suffit à produire une amélioration très grande. L'état vertigineux, les ictus disparurent, les bruits subjectifs diminuèrent beaucoup.

Une autre observation, disent-ils, qui montre bien le parti que l'on peut tirer de cette mé-

thode, est celle qui a trait à une jeune femme atteinte de néphrite chronique secondaire à une diphthérie. A deux reprises, la ponction lombaire fit disparaître brusquement les accidents graves observés : céphalée atroce, arrachant des cris à la malade, cécité complète, vomissements avec dyspnée.

Enfin, un tuberculeux du service eut, à la suite d'un zona très douloureux, des maux de tête intenses et persistants. La ponction le soulagea immédiatement et pour une quinzaine de jours; la céphalée réapparaissant, une nouvelle soustraction de liquide eut la même action. Depuis, le malade réclame de lui-même la ponction dès que les douleurs font leur apparition. Les auteurs recommandent de choisir de préférence la voie médiane, car si la ponction est un peu difficile et produit une infiltration, le point irrité peut servir d'appel à une lésion suppurative chez les infectés.

L. Jumon.

Traitement de la méningite cérébro spinale épidémique par les injections antiseptiques intra-spinales, par Ch. Nammak (*Medical Record*, 4 juin 1904). — Vingt-sept premiers cas de méningite cérébro-spinale admis à l'hôpital Bellevue pendant l'épidémie présente ont donné vingt-quatre morts. En présence de cette haute mortalité et de l'incertitude des moyens thérapeutiques, l'auteur a pensé que le lysol qui est un antiseptique et moins toxique que l'acide phénique pourrait empêcher le développement des microorganismes de la maladie. Les injections de lysol ont été employées dans cinq cas. Chez le premier, un garçon de 17 ans, la ponction lombaire donna un liquide purulent, avec cultures pures de diplocoques intra-cellulaires. Après avoir retiré une certaine quantité de liquide, on fit une injection de 13 cc. de lysol à 10 0/0. L'amélioration des symptômes fut très marquée, sans aucun symptôme d'intoxication par le lysol. Au bout de 48 heures, on avait une nouvelle aggravation, il fit une deuxième injection qui parut arrêter les accidents pour une période de 48 heures. Le malade reçut ainsi quatre injections, s'améliora et finit par guérir. Dans le deuxième cas qui a trait à un homme de 40 ans, alcoolique, l'injection de lysol après la ponction lombaire fut suivie d'une aggravation et le malade mourut. Des complications graves constatées à l'autopsie expliquent la nullité des résultats. Il en fut de même dans les autres cas où les injections de lysol ne réussirent pas à procurer la guérison, dans un cas seulement les injections ont paru reculer l'issue.

L. Jumon.

Traitement de la syphilis cérébrale, par F. W. Mott (*The Practitionner*, juillet 1904). — Ce traitement est prophylactique et thérapeutique. Le premier se confond avec la prophylaxie générale. Comme traitement, l'auteur recommande surtout les frictions ou les injections mercurielles, s'il est nécessaire d'agir promptement. S'il y a de la céphalée localisée, comme dans la syphilis du sommet, on savonne la tête et on fait une friction mercurielle en se servant de lanoline comme excipient, sur toute la région douloureuse, comme sur le corps.

Si le malade ne peut supporter les médicaments et les aliments en raison des vomissements, on donne l'iodure de potassium en lavements. Pour les frictions, l'auteur se sert d'une pommade composée de parties égales d'onguent mercuriel et de lanoline. Les frictions sont faites sur diverses régions du corps jusqu'à ce qu'il se produise une réaction du côté des gencives. Les dents doivent être nettoyées après chaque repas et le malade se rince la bouche avec une solution de chlorate de potasse. En général, ce traitement manifeste ses bons effets dans la première ou la deuxième semaine, mais il est nécessaire de continuer le traitement pendant des mois. S'il ne produit pas une amélioration sensible, il peut encore prévenir l'extension de la maladie. L'auteur tient très longtemps ses malades sous l'action de l'iodure de potassium, occasionnellement associé au mercure. Ces malades doivent être sobres et mener une vie régulière.

L. Jumon.

Sur l'emploi du borax dans le traitement de l'épilepsie, par F. Hoppe (*Berlin. Klin. W.*, 4 juillet 1904). — En dehors des épileptiques dont l'affection est dès le début troublée par une prescription bromurée intempestive, il y a quatre grands groupes qui supportent mal le bromure, mais qui sont cependant favorablement influencés ou même guérissent lorsque l'action du bromure est soutenue par d'autres médicaments. Ce sont d'abord les épileptiques dont les organes d'élimination, peau et reins, ne fonctionnent qu'imparfaitement. Chez tous les malades qui portent sur leur visage les traces de l'intolérance du bromure, on n'obtiendra de bons résultats que si l'on connaît bien l'état fonctionnel des organes et si l'on règle la dose en conséquence. A côté de ce groupe se rangent les épileptiques dont le cœur et le système vasculaire n'accomplissent leur travail quotidien que d'une façon insuffisante. Un troisième groupe est représenté par les malades dont l'épilepsie dépend d'une affection organique de l'encéphale. Ces épileptiques sont

soumis à la médication bromurée, avec un bon résultat apparent, s'il n'y a pas d'autres désordres, puis, au bout de quelques mois, le bromure se montre absolument inactif. On n'obtient d'action durable dans ces cas que si un traitement local de la maladie causale par l'iodure, etc., précède la médication bromurée. Enfin, on rencontre assez souvent des épileptiques qui présentent une intolérance visible à l'égard du bromure et chez lesquels l'appareil digestif, surtout l'estomac, ne fonctionne pas d'une façon normale. Ce sont les malades atteints d'hypochlorhydrie pure, ou chez lesquels l'insuffisance motrice ou une sténose prédispose à la fermentation acide. Ces derniers malades se trouvent extrêmement incommodés par une dose de 4 grammes de bromure de sodium. Ils se plaignent d'un poids à l'estomac, d'un goût amer, la langue est presque toujours chargée, et la fétidité buccale résiste à tous les lavages.

Chez les malades intolérants, on peut supprimer ces inconvénients en prescrivant un autre médicament, c'est ce qui arrive chez les malades atteints d'affection cardiaque, qui supportent le bromure quand on leur donne de la digitale, du strophantus, chez les gastriques quand on les soumet à un traitement diététique approprié. Parmi les médicaments renommés contre l'épilepsie, un peu oubliés aujourd'hui, il faut citer les borates. L'auteur a ainsi soumis 12 épileptiques qui présentaient de l'intolérance à l'égard du bromure, à un traitement systématique par le borax, en ajoutant 1 à 3 grammes de borax par jour à la médication jusqu'alors employée, sans rien changer aux autres conditions. La médication échoua chez sept malades, mais cinq d'entre eux avaient des émonctoires insuffisants. Sous l'influence du borax, les malades eurent de l'eczéma sec, du psoriasis, l'un d'eux présenta de l'albuminurie. Le traitement par le borax est donc absolument contre-indiqué chez les malades qui présentent de l'insuffisance des organes d'élimination. Chez un malade, l'association du borax avec l'adonis parut avoir une action favorable.

Un résultat très net a été obtenu chez cinq malades ; chez l'un d'eux le résultat a même été évident. C'était un sujet corpulent, anémique, avec forte hyperchlorhydrie, l'état général s'améliora visiblement, les attaques furent plus rares, il y eut diminution de 6 kilogrammes. Ainsi se montra en cette circonstance l'action amaigrissante du borax. La malade était d'ailleurs la seule chez laquelle on observa une action diurétique très nette, car la fonction est assez rarement tout à fait normale chez les épileptiques. Les quatre autres malades furent favorablement influencés ; depuis dix-huit mois ils prennent 0 gr. 30 de borax trois fois par jour sans inconvénient.

Le borax a encore été essayé pendant six semaines dans quelques cas d'épilepsie vraie, non compliquée. Le résultat n'a pas paru bien net et le borax le cède de beaucoup aux bromures. Le borax n'a donc pas d'action spécifique contre l'épilepsie, mais on pourra parfois en attendre des résultats favorables chez les malades dont l'épilepsie est défavorablement influencée par une affection gastrique, surtout par l'hyperacidité.

L. Jumon.

Ophtalmologie.

Dr Darier

Ancien Président de la Société d'ophtalmologie

Ce qu'ont fait les oculistes en hygiène scolaire, et ce qu'ils ont encore à faire, par le Pr Cohn (*Wochenschrift für Thérapie u. Hygiène d. Aug.*, 30, 1904). — Au congrès d'hygiène oculaire de Nuremberg, le 5 avril 1904, le Pr Cohn expose successivement les deux questions. Il décrit d'abord l'obscurité qui existait il y a quarante ans dans la plupart des écoles de Breslau. A cette époque, il n'y avait ni hygiène, ni médecin des écoles. Les travaux de Helmholtz, Grœfe, Arlt, Donders venaient de paraître et n'avaient encore pu être utilisés. Cohn examina alors 10.000 écoliers pour trouver la cause de la myopie scolaire et sa prophylaxie ; c'est ce travail de 1866 qui fut l'origine de toute une littérature.

Il montra déjà que les myopes augmentent en nombre quand on s'élève de l'école des campagnes aux lycées des villes ou des petites classes aux classes élevées ; les degrés de myopie auraient la même ascension. Ces constatations eurent bientôt la valeur de lois, et « l'autorité des gros chiffres » s'établit désormais.

On découvrit depuis que l'acuité des enfants, mesurée au grand air est deux à trois fois supérieure à celle trouvée en classe, et semblable aux acuités supérieures que l'auteur a observées en Egypte chez les indigènes. L'acuité diminue rapidement pendant les études.

La cause du passage de l'œil, de la forme sphérique à la forme ovoïde reste inconnue : seul le rôle de la vision de près est établi et c'est contre elle qu'il faut lutter. Le Pr. Stilling a voulu trouver une cause anatomique de la déformation oculaire dans la brièveté de l'or-

bite : cette opinion, combattue dès son apparition et reprise depuis, a été démontrée fausse par Hamburger, et n'est que le résultat d'erreurs dues à des apparences cadavériques. Le médecin général Seggel conclut de plus contre Stilling que la myopie menace gravement la valeur militaire de la nation, soit de toute l'armée en général, soit plus particulièrement des volontaires d'un an, des futurs officiers, et surtout de la marine.

« Combien de jeunes gens, ajoute Seggel, ont dû, à leur grand regret, abandonner l'espoir de ces carrières, à cause de leur myopie, malgré leur valeur et leur désir. » Les conclusions de Stilling sont regrettables parce que répandues dans le monde de l'enseignement, elles font considérer comme inutiles les efforts des oculistes des écoles.

La myopie n'est pas uniquement une question de race. — Il y a quarante ans, les oculistes insistaient déjà pour obtenir des tables d'écoles pour le maintien vertical de la tête et du corps. A l'Exposition de Paris de 1867, il y en a eu trois modèles ; aujourd'hui, ils sont plus de deux cents. De même, apparurent les supports pour la tête, le meilleur paraît celui de Durr. On préconisa l'écriture droite, particulièrement Schubert, avec le cahier devant le milieu du corps, et on vit diminuer le nombre de myopes. Horner tenta de supprimer les ardoises sur lesquelles la lisibilité, comparée à celle de l'encre sur le papier, est comme 3 : 4.

Javal, Weber, Cohn, Schubert, ont étudié l'impression des livres : le compteur de lignes de C. permet en un instant de dire si un livre scolaire est imprimé selon l'hygiène. En Bavière, l'impression n'est pas réglementée, tandis qu'à Berlin on a obtenu l'exécution des conclusions de Cohn. Rubenkamp a étudié la valeur en noir de l'impression. L'union des maîtres de Berlin, pour 10 Pf. de plus, livre des éditions des classiques qui ne sont pas comme les éditions-réclamés des meurtriers des yeux que le comité d'hygiène devrait interdire.

Quand, il y a quarante ans, Cohn trouvait une salle d'école « très sombre », le professeur la jugeait « très claire ». En 1883 apparut le photomètre de Weber et la bougie métrique pour la mesure de l'éclairage aux différents points d'une classe, le minimum désirable parut être 10, tandis que les vieilles salles du collège de Breslau présentaient, vers midi, une à deux bougies métriques. En 1884, la plupart des enfants ne voyaient de leur place aucun coin de ciel.

Weber trouva ensuite la mesure d'angle de ciel nécessaire pour éclairer une place d'élève ; après plusieurs milliers de mesures, il conclut que dix bougies métriques ne pourraient être obtenues par un jour moyen à moins d'un espace angulaire de 50° carrés de ciel, il établit alors son épreuve de l'éclairage avec 3 verres gris, qui donne instantanément la valeur du local. Il étudie ensuite dix-huit systèmes de rideaux ou tentures ; les stores gris enlèvent 90 0/0 la toile fibre (shirting) 40 à 50 0/0 seulement. Seggel, Erisman, Eversbruch, montrent la valeur des éclairages artificiels, et le rôle des abat-jours.

Depuis 40 ans l'auteur soutient devant tous les congrès la nécessité de médecins scolaires. La députation scolaire de Breslau, qui est d'avis contraire, a été jusqu'à opposer en 1886, à la proposition de cinquante-sept médecins qui s'offraient gratuitement : « la surveillance médicale des écoles éveillera et entretiendra contre celles-ci, dans les familles, la méfiance et les préjugés ». Aujourd'hui, pareille chose n'est plus à concevoir. En Hongrie l'organisation est parfaite : en Allemagne, il y a seulement 234 villes qui possèdent 676 médecins scolaires. Cependant le nombre des étudiants myopes ne diminue pas, et de 1867 à 1902 il reste autour de 60 0/0.

Il faut une révision de toutes les écoles au point de vue lumière ; 1° croquis de la valeur lumineuse de chaque salle, avec révision chaque fois qu'une nouvelle construction vient la restreindre ; 2° mesure de l'angle de ciel éclairant chaque place ; 3° éclairage des différentes places à la lumière artificielle. — Examen des tables et bancs pour permettre la lecture à 33 m. avec ou sans verres : ceci est évidemment du ressort exclusif des oculistes. Les élèves à vision insuffisante devront être signalés tandis que beaucoup de rapports scolaires ne mentionnent aucune myopie. Ces sujets ne doivent pas être employés comme moniteurs.

Il est mauvais d'envoyer ces sujets dans les cliniques d'oculistique, il doit exister des oculistes d'écoles. L'examen de l'acuité doit être fait pour chaque œil séparément à la salle de gymnastique : l'acuité étant meilleure que dans les classes.

Tout enfant anormal doit être conduit au spécialiste, qui l'examinera attentivement, et ceci chaque année. Ici se place la question de savoir si la myopie peut être arrêtée par les verres concaves faibles ou forts ou sans lunettes ; la solution ne tardera pas à être connue, et par le traitement efficace des générations actuelles nous pourrons éviter à celles de l'avenir la terrible hérédité.

Les myopes ne devraient pas se marier « mais l'amour est aveugle et il en sera toujours ainsi ». Nous devons cependant dans les fa-

milles agir également : l'éclairage de jour et de nuit doit être surveillé ; il faut instruire les parents par des conférences.

Le médecin ne doit pas uniquement chercher à gagner de l'argent et « nous devons toujours penser que la petite quantité de valeur visuelle que nous pourrons sauver est néanmoins inestimable. Les conséquences de la myopie scolaire arrivent plus tard, quand l'hémorragie ou le décollement privent l'homme de son gagne-pain... La prophylaxie véritable ne se fera que lorsqu'aura triomphé cet axiome ; pas d'école sans oculiste. »

A. Darier.

Traitement de la blépharite ciliaire par l'hermophényl, par Grilli (*Acad. de méd. de Rome*, 24 avril 1904). — Depuis deux ans, l'auteur a eu l'occasion d'expérimenter, en injections hypodermiques, l'hermophényl qui, chimiquement, n'est autre chose que l'oxyde de mercure dissout dans le phénol-disulfonate de sodium.

La solution d'hermophényl n'est pas irritante pour les plaies et les muqueuses, elle ne précipite pas à froid les substances albuminoïdes et son coefficient de toxicité est sensiblement plus faible que celui des autres préparations mercurielles. En conséquence, l'auteur commença des expériences dans la clinique ophtalmologique du Dr Parisotti, dans des cas de blépharite ciliaire rebelle. Tous les deux jours, on frotta très fortement le bord ciliaire avec un tampon d'ouate imbibé d'une solution d'hermophényl (1 gramme pour 20 d'eau distillée). Les deux premiers malades traités donnèrent des résultats surprenants; ils fréquentaient depuis de nombreux mois la clinique et furent complètement guéris en moins de deux semaines.

Encouragé par ces résultats, l'auteur traita encore une vingtaine de malades : d'une façon constante il obtint la guérison. Quelques cas même qui n'avaient pas été amendés par la solution de sublimé dans la glycérine, qui avaient résisté à la pommade ordinaire jaune et à la pommade à l'ichthyol, furent guéris rapidement par l'hermophényl, au moyen de lavages répétés 3 à 4 fois par jour avec une solution à 1 0/0.

L'hermophényl n'irritant pas les muqueuses peut être employé en solutions concentrées. Comme il ne coagule pas à froid l'albumine, il pénètre plus profondément dans les anfractuosités les plus intimes du bord ciliaire où il détruit les microbes qui y séjournent.

E. Vogt.

Traitement des ulcérations de la cornée (*Sobrem. Therapia*, nos 7 et 8, 1903). Zazareff a employé dans les ulcérations de la cornée le traitement par les frictions à l'iodoforme avec succès.

Dès le premier jour du traitement le processus suppuratif cessait de progresser; l'ulcère se détergeait avec une rapidité extraordinaire, l'hypopion disparaissait, ce qui a eu pour résultat de diminuer de beaucoup la durée de la maladie.

Quant à l'action de ce traitement, l'auteur estime qu'il faut l'attribuer à la friction elle-même, qui constitue une sorte de curetage, et à la désinfection.

J. Roubleff.

Maladies du Larynx du Nez et des Oreilles

Dr COURTADE

Ancien interne des hôpitaux.

Insuffisance nasale fonctionnelle et rééducation respiratoire, par Lermoyez (*La Presse médicale*, 2 juillet 1904). — L'auteur admet qu'il est possible que certains sujets, même non hystériques, désapprennent à utiliser la respiration nasale : or ces sujets peuvent être rééduqués par la gymnastique respiratoire.

Une autre série de malades est constituée par les adénoïdiens opérés qui continuent à respirer par la bouche : eux aussi ont une voie nasale libre, mais, avant l'opération, leur nez était bouché depuis leur naissance et ils ne se sont jamais servis de cet organe. Il faut apprendre à ces enfants à respirer par le nez; en général, 15 jours de rééducation respiratoire suffisent. Cette méthode est du reste d'action rapide, et n'exige ni instrumentation complexe ni entraînement prolongé.

E. Vogt.

Traitement de la syphilis des voies aériennes supérieures, par Saint-Clair Thompson (*The Practitionner*, juillet 1904). — Chez les sujets en bonne santé et dans des conditions favorables, la syphilis tend spontanément à la guérison; l'influence de l'état général explique peut-être comment un traitement réussit ou échoue. L'hygiène générale et l'alimentation sont de la première importance. Dans la syphilis des voies aériennes supérieures, le malade a besoin d'air pur en abondance. Dans la pratique privée, il faut recommander au malade d'éviter

tout surmenage, d'éviter l'alcool, le tabac. Les soins de la bouche sont très importants, même en l'absence d'un traitement mercuriel.

En ce qui concerne le traitement constitutionnel, Fournier a fait remarquer que les érosions syphilitiques légères de la langue, la glossite desquamative sont rebelles à l'administration du mercure par la bouche ou aux frictions, mais qu'elles cèdent rapidement aux injections de calomel. La syphilis secondaire du nez ou de la gorge disparaît en général rapidement sous l'action de l'iodure de potassium avec ou sans mercure; il en est de même de la syphilis tertiaire, à condition de porter les doses d'iodure à 3 ou 4 grammes, mais dans tous les cas graves, l'administration du mercure par la peau devient nécessaire comme mesure thérapeutique.

Dans beaucoup de cas, l'iodure de potassium semble amener une rapide désintégration des gommes nasales, mais il n'empêche pas la rétention cicatricielle consécutive. Celle-ci peut être évitée surtout par des frictions mercurielles, bien que le processus soit plus rapidement arrêté par l'emploi simultané de l'iodure.

Dans la sténose syphilitique du larynx, l'iodure de potassium doit être donné avec précaution, parce qu'il peut donner lieu à des accidents locaux alarmants. En pareil cas, des injections de bichlorure de mercure, de succinimide de mercure où les frictions mercurielles permettront d'éviter la trachéotomie.

C'est dans la syphilis tertiaire du larynx et de la trachée que l'auteur a obtenu les résultats les moins satisfaisants. Dans les cas où l'on désire une action très rapide, comme dans l'œdème syphilitique aigu ou dans la sténose du larynx ou de la trachée, c'est aux injections intra-musculaires de mercure qu'il faut avoir recours.

Dans les cas d'ulcération gangréneuse de la gorge, on emploiera avec avantage les inhalations de calomel sublimé. On place 0 gr. 20 dans un tube de verre approprié, on chauffe et on dirige la vapeur de calomel dans la gorge et le larynx. La dose peut être portée à 1 gramme ou 1 gr. 20.

Le traitement général est d'une nécessité absolue, mais employé seul il ne donne parfois qu'une guérison lente, aussi faut-il recourir à un traitement local qui varie avec la nature et la situation des lésions, mais dans beaucoup de cas la propreté et l'usage des antiseptiques seront suffisants.

L'accident primitif sera cautérisé avec de l'eau phéniquée pure. Les lésions secondaires du nez ne réclament pas de traitement local, mais une simple lotion alcaline. Lorsqu'elles sont rebeles, il faut recourir aux solutions assez fortes de nitrate d'argent ou de sulfate de cuivre, à la teinture d'iode, parfois au nitrate acide de mercure. Si l'on est obligé d'employer l'acide chromique, à raison de 2 grammes pour 30 grammes, il faut sécher auparavant la lésion afin de bien limiter l'action du caustique.

Dans la syphilis secondaire du larynx, il peut être nécessaire de faire des pulvérisations de biiodure de mercure ou de sublimé.

La syphilis tertiaire du nez exige toujours un traitement local actif. On fera les lotions alcalines abondantes. L'eau oxygénée supprimera la fétidité. Lorsque la cavité nasale est complètement nettoyée, on pourra insuffler une poudre antiseptique, de l'aristol, du dermatol, etc. S'il existe un séquestre, il faut absolument l'enlever, mais s'il est immobile, on facilite son élimination par des frictions mercurielles, puis on procède à son extraction.

Dans les cas rebelles de syphilis tertiaire nasale, on fera des injections avec une solution de sublimé au dix-millième, puis on insufflera une poudre composée de 10 grammes de calomel et de 3 grammes d'alun.

Enfin le médecin aura encore à traiter les séquelles lorsque le processus local sera arrêté.

L. Jumon.

Pourquoi faut-il paracentéser les otites aiguës ? par Laurens (*Journal des praticiens*, 9 juillet 1904). — Pour l'auteur, une otite purulente aiguë ne devrait pas, dans l'immense majorité des cas, passer à l'état chronique, s'accompagner de complications et entraîner la surdité.

Parmi les otologistes, on compte les interventionnistes systématiques, paracentésant toujours le tympan dès le début de l'otite, à la première douleur, et les opportunistes.

Parmi les médecins, on ne compte pour ainsi dire que des abtentionnistes, sous le prétexte que le tympan crève seul, que l'otite guérit facilement et que la paracentèse ne met pas toujours à l'abri des complications.

Or, pour l'auteur, la paracentèse s'impose si la perforation ne s'est pas accomplie au troisième jour de la maladie, car elle calme de suite la douleur, permet un bon drainage parce qu'elle est faite au point le plus déclive, abrège la durée de la maladie et diminue les chances de complications. Il ne faut pas oublier que dans 1 cas sur 10 environ, le tympan ne s'ouvre pas tout seul et alors le pus filera dans la mastoïde ou la cavité crânienne.

Il semble, d'un autre côté, que l'otite moyenne suppurée guérisse facilement par les lavages et l'antisepsie du conduit; mais une oreille peut ne plus couler et cependant, à l'examen otologi-

que, on retrouvera encore du pus en profondeur, le tympan n'aura pas son aspect normal et l'audition sera défectueuse.

Au point de vue des complications possibles, même après perforation artificielle, il est certain que ces cas s'observent, mais il s'agit alors d'un terrain spécial, d'une virulence exagérée : l'auteur n'a constaté ses complications que 4 fois sur 310 perforations artificielles exécutées par lui. En revanche, toutes les complications crânio-encéphaliques ou cervicales des otites reconnaissent comme point de départ une otorrhée ancienne négligée ou mal soignée.

E. Vogt.

Traitement pédagogique des sourds-muets, par le Dr E. Béjarraux (*Communication au XIVe Congrès de Madrid*). — Le traitement pédagogique des sourds-muets par la méthode orale classique, seule ou combinée aux exercices acoustiques d'Urbantschitsch, est un problème de médecine pédagogique, dans la solution duquel le médecin doit toujours intervenir.

Les maladies auriculaires et nasales qui peuvent produire la surdi-mutité, sont d'une fréquence extraordinaire chez les enfants. Il faut donc que tous les médecins possèdent des connaissances suffisantes en oto-rhinologie, et cet enseignement devrait avoir un caractère officiel dans les facultés de médecine.

Pour remédier partiellement à l'indifférence de la société vis-à-vis des sourds-muets, il faudrait organiser une ligue contre la surdi-mutité analogue à celles qui luttent contre la cécité et la tuberculose, et vulgariser au moyen de démonstrations claires, la notion de la curabilité des malades dans un grand nombre de cas. En outre, on rappellerait que la surdi-mutité est évitable et sa prophylaxie connue, chaque fois qu'on la diagnostique à temps, et qu'on traite comme il convient les multiples maladies qui peuvent l'occasionner.

On devrait augmenter le nombre des établissements destinés à l'instruction des sourds-muets.

F. Bérini.

Maladies des Voies urinaires

Dr CHEVALIER,

Chirurgien des hôpitaux,

Ancien Chef de clinique de la Faculté.

Sur l'extirpation totale de la prostate hypertrophiée, par A. Pousson (*in Bull. Soc. Chir.* 1904 p. 621. — Pousson a fait 23 prostatectomies totales, dont 21 par la voie périnéale avec 4 morts (19 0/0 de mortalité). Sur 14 des malades, il a pu apprécier les résultats thérapeutiques. Dans un cas, la vessie ne recouvra pas ses fonctions ; chez les autres malades, la restauration anatomique et physiologique du canal prostatique a été obtenue, le cathétérisme est devenu facile, et il n'y eut pas d'incontinence (sauf passagère dans 2 cas).

La situation sociale du malade est une indication opératoire : les gens riches, ayant le temps de se soigner, pourront se contenter du cathétérisme, les pauvres seront prostatectomisés dans leur intérêt.

L'âge du malade est important en l'espèce : plus le sujet est jeune, plus il devra être opéré. On peut opérer aussi des sujets d'âge avancé, pourvu que leur résistance physique soit bonne.

La difficulté du cathétérisme constitue avec les hémorrhagies et les douleurs l'indication la plus formelle de la prostatectomie.

L'infection vésicale ne doit pas faire rejeter l'opération, mais l'urétero-pylonéphrite peut la faire écarter.

Les calculs vésicaux peuvent aussi devenir une indication de la prostatectomie.

La rétention chronique complète, aseptique avec miction par regorgement, ne semble pas justiciable de la prostatectomie ; tandis que la rétention aiguë complète greffée sur la rétention chronique incomplète, de même que les rétentions chroniques incomplètes sans distension, en sont justiciables.

Le volume de la prostate (relief dans le rectum et saillie dans la vessie) ne peut être une indication opératoire absolue, car de très grosses prostates peuvent ne pas gêner le cours de l'urine, tandis que des prostates de volume hyponormal peuvent donner la rétention (canal moins souple, troubles inhibitoires de la motilité vésicale).

La dégénérescence adénoïde, puis épithéliomateuse, peut être préparée par l'hypertrophie simple en apparence, n'a pas de signes propres : on se méfiera des hypertrophies prostatiques survenant trop tôt ou trop tard (avant 55 ans ou après 70), et marchant vite, avec hématuries et douleurs.

Comme procédé opératoire, l'auteur donne la préférence à la prostatectomie périnéale.

E. Chevalier.

Quand et comment doit-on opérer pour l'hypertrophie de la prostate? par Willy Meyer (*Medical Record*, 25 juin 1904). — Etant donnés les progrès réalisés dans ces derniers temps dans la chirurgie de la prostate, l'auteur consi-

dère que la sonde ne doit plus être employée plus longtemps comme traitement habituel de l'hypertrophie de la prostate. L'intervention opératoire doit être conseillée vivement du moment que le cathéter a été employé régulièrement sans donner de résultat. La prostatectomie est le procédé le plus radical qui doit tenir la première place dans le traitement de l'hypertrophie prostatique, surtout depuis que la technique a été améliorée au point de rendre l'opération relativement inoffensive, puisque la mortalité s'est abaissé de 5 0/0.

La voie périnéale semble préférable à la voie sus-pubienne, par cette raison qu'elle permet de pratiquer l'opération sous un meilleur contrôle de l'œil. Le choix de la route dans la plupart des cas dépendra probablement de la question de la conservation du pouvoir sexuel, lorsque ce point a de l'importance pour le malade.

L'âge du malade ne constitue pas une contre-indication à l'opération, il faut surtout tenir compte de l'état général.

Si l'on craint les effets de l'anesthésie générale, on aura recours à l'anesthésie spinale.

Si l'opération sanglante n'est pas acceptée, ou si elle est contre-indiquée, on peut recourir à l'opération de Bottini qui donne d'excellents résultats.

On a ainsi à sa disposition deux bonnes méthodes opératoires pour l'hypertrophie de la prostate, la prostatectomie par la voie périnéale ou sus-pubienne et l'opération de Bottini, chacune ayant ses indications.

L. Jumon.

Taille hypogastrique modifiée pour arriver à voir aisément les orifices urétéraux dans la vessie ouverte, par Rochet et Ruotte, (*in Ann. Gen. Ur.*, 1904, p. 347). — Les auteurs proposent les modifications suivantes à la taille hypogastrique transversale.

Incision cutanée sus-pubienne dessinant un petit lambeau quadrilatère à base supérieure : le bord inférieur est taillé horizontalement sur le pubis senti dans la profondeur ; il va d'un orifice inguinal extrême à l'autre ; les bords latéraux sont dessinés par des incisions verticales ou légèrement obliques en dehors et en haut ; ils partent de chaque extrémité du bord inférieur et mesurent 3 à 4 cm. de hauteur.

Inciser les muscles droits transversalement à 1 cm. au-dessus de leur attache pubienne, à petits coups de bistouri jusqu'au contact du tissu graisseux sous péritonéal. Décoller le cul-de-sac péritonéal ; se diriger d'emblée sur l'origine de la vessie même, vers le bord inférieur de la symphyse pubienne, en suivant le bord postérieur de cette symphyse pour arriver avec le doigt sur les ligaments pubio-vésicaux : on dénude 5 à 6 cm. transversalement.

Ponctionner la vessie au bistouri directement au-dessus de l'attache de l'urètre et agrandir latéralement autant qu'il est nécessaire, largement.

Suturer provisoirement la lèvre supérieure de l'incision vésicale à la partie horizontale du lambeau cutané. Assécher la plaie, on voit alors très bien le plancher vésical et l'orifice urétro-vésical, placer une large valve plate coudée à angle droit, dont le bec, placé derrière la symphyse, accrochera l'orifice urétral et déplissera le plancher vésical : on verra alors les orifices urétéraux qu'on pourra voir éjaculer l'urine et qu'on pourra cathétériser.

Le reste se fait comme dans la taille de Trendelenburg : enlever la suture provisoire vésico-cutanée, faire la suture de la vessie, celle des droits, celle de la peau, etc.

E. Chevalier.

Etat actuel du traitement chirurgical de la maladie de Bright chronique, par A. Berg (*Medical Record*, 18 juin 1904). — Le but du traitement chirurgical n'est atteint qu'en partie dans la maladie de Bright. Si l'on connait quelques cas de guérison à la suite de l'intervention chirurgicale, il est d'autres cas où ce traitement a fait seulement disparaitre la douleur et l'hématurie, mais la capsulectomie ne paraît avoir aucune influence sur le processus morbide des reins.

L'auteur émet les règles suivantes pour l'intervention dans les néphrites : Etablir d'abord la cause de la néphrite et si le cas est ou non favorable à l'opération. En second lieu, soumettre le malade pendant un certain temps au traitement interne et à une bonne hygiène. S'il se manifeste une amélioration, continuer le traitement, mais recourir au traitement chirurgical dès que l'état reste stationnaire ou s'aggrave.

Dans le mal de Bright chronique, on a recours à quatre types d'opération dont chacune a ses indications, ce sont la néphrolyse, la décapsulation, la néphrotomie et la néphrectomie. Dans la néphrolyse, on détruit les adhérences entre la capsule du rein et les parties molles environnantes, l'opération a pour but de supprimer la douleur localisée et profonde qui résulte des adhérences périnéphrétiques, mais elle ne donne pas toujours ce résultat et il est préférable de recourir à la décapsulation.

L'opération de la décapsulation ou capsulectomie a été comparée à l'opération de Talma dans le traitement de l'ascite de la cirrhose,

c'est là une erreur, car on ne cherche dans cette dernière qu'à établir une circulation porte collatérale. Mais le but cherché dans l'opération de Edebohls n'est atteint que d'une façon temporaire. Seules, les néphrites chroniques bactériennes et toxiques bénéficient de la décapsulation rénale, par suite de l'amélioration des conditions dans la circulation du rein, permettant aux produits inflammatoires de se résorber.

La néphrotomie agit de la même manière que la décapsulation en remédiant à la stase circulatoire et en favorisant la régénération et l'hypertrophie des cellules parenchymateuses : elle donne même de meilleurs résultats, mais elle a l'inconvénient de supprimer la fonction d'une partie du rein. La néphrotomie ne doit être employée que dans un but d'exploration ou pour ouvrir et drainer des abcès disséminés.

La néphrectomie n'est applicable qu'à une affection unilatérale du rein et lorsque celui-ci est détruit au point que l'ablation est nécessaire.

L. Jumon.

Pédiâtrie

Dr E. THIERCELIN

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine.

La gastro-entérite cholériforme des nourrissons, par Méry (*Journal des praticiens*, 2 juillet 1904). — La grande indication qui s'impose est la suppression du régime lacté, qu'on remplace par de l'eau bouillie non sucrée ou de l'eau d'Evian. Après 24 heures, on permet à nouveau un peu de lait, mais si on le peut, on prolonge la diète hydrique jusqu'à 36, et même 48 heures. En même temps, injections de sérum à 7 00/00 (20 à 40 gr.).

Les lavages de l'intestin ne réalisent pas l'asepsie de tube digestif : ce sont de simples évacuants, dont on peut se passer, à moins de grande fétidité ou grande abondance des selles.

En outre, on donne trois à quatre bains à 38° par jour.

Pas de médicaments à la période aiguë : à la période subaiguë, on peut donner avec prudence un peu de calomel (0 gr. 01), et à la période de déclin, du bismuth, du tannigène, de la tannalbine (ces deux médicaments aux doses de 0 gr. 25, trois fois par jour, entre 6 mois et un an).

E. Voer.

Valeur de la pepsine dans le traitement des troubles digestifs du nourrisson (*Wiener Klin. ther. Wochenschrift*, n° 14, 1904). — Le Pr Edlefsen de Hambourg traite les dyspepsies dues à l'usage du lait de vache par la pepsine. C'est surtout dans la dyspepsie des enfants de la classe pauvre, cause principale de la mortalité infantile, que la pepsine tirée de l'estomac du porc, plus énergique que celle fournie par l'estomac humain, rendra de grands services. Mais il faut la prescrire dès la première alerte, et continuer l'alimentation par le lait de vache, pour éviter l'emploi d'une série de préparations farineuses en honneur dans la classe pauvre et fort dangereuses.

L'auteur recommande des doses de 0 gr. 25 de pepsine germanique, dissoutes dans une cuillerée à café d'eau bouillie, 3 à 4 fois par jour, de suite avant une prise de lait. Il faut sans hésiter recourir à des doses aussi élevées si l'on veut obtenir un résultat.

E. Voer.

Indication du lavage de l'estomac chez les nourrissons, par J. Cassel (*Fortschritt der Med.*, 20 juin 1904). — Les lavages de l'estomac chez le nourrisson ont été introduits dans la pratique par Epstein. Mais tandis que les limites des indications de ce procédé avaient été reculées fort loin par son auteur, au point que les lavages devaient être employés à peu près dans tous les cas de troubles digestifs chez le nourrisson, Cassel limite strictement les indications et considère le lavage stomacal comme indiqué surtout dans les cas d'atonie stomacale causée par une alimentation inappropriée, trop abondante et trop aqueuse, comme cela arrive dans la classe populeuse. Les aliments doivent être donnés à des intervalles de trois ou quatre heures et trois heures après un repas dont la quantité et la qualité ont été exactement déterminées, on ramène par un lavage tout ce qui reste dans l'estomac ; on procède ainsi jusqu'à ce que l'estomac ne contienne plus rien trois heures après le repas, ce qui arrive normalement. Dans la plupart des cas un lavage suffit, si la garde se conforme exactement aux prescriptions diététiques.

Une autre indication du lavage stomacal, en dehors des empoisonnements où ce procédé se montre dans toute sa valeur, est fournie par la diarrhée du sevrage, chez les enfants qui, étant brusquement retirés du sein pour être alimentés au lait de vache, ont des vomissements opiniâtres. Ici, un seul lavage suffit généralement pourvu qu'on règle l'alimentation dans la suite. En outre, on peut pratiquer un lavage dans toute affection gastro-intestinale aiguë.

Les états de collapsus, les affections inflammatoires des voies respiratoires, la laryngite striduleuse, l'éclampsie et la tétanie constituent autant de contre-indications.

L. Jumon.

L'obstruction intestinale chez les enfants, par John Erdmann (*Med. Record*, 25 juin 1904). — Dans ce travail, l'auteur passe en revue l'invagination, la hernie étranglée, les brides post-opératoires et le diverticulum de Merkel comme causes possibles de l'obstruction intestinale chez les enfants. Cependant, c'est surtout l'invagination qui est discutée. Le diagnostic de cette affection n'est pas difficile bien qu'on n'insiste pas assez dans les manuels sur la présence du sang ou du mucus sanguinolent dans les selles, alors qu'on accorde trop d'importance à la présence de la tumeur en forme de boudin. Dans plus de 60 0/0 des cas, que Erdmann a opérés, on ne sentait aucune tumeur, ni par le palper abdominal ni par le toucher rectal. D'un autre côté, il n'y eut aucun cas dans lequel on ne trouva du sang ou du mucus sanguinolent sur le linge, dans le vase ou par le toucher rectal. La douleur subite a presque toujours été le premier symptôme observé, puis un certain degré de choc variable d'intensité et du ténesme ont pris rang parmi les symptômes. Durant les deux premières heures, l'abdomen était dilaté et on ne provoquait aucune douleur par la palpation. Quelques heures plus tard, selon le degré d'obstruction, l'abdomen se distendait. Dans les cas où l'on sentait une tumeur, celle ci était plutôt arrondie, noduleuse et légèrement mobile. Le pouls était accéléré et la température élevée d'un degré à deux degrés et demi.

Les lavements pendant les premières heures de l'affection ne paraissent pas avoir d'inconvénient et peuvent être suivis de la réduction. Celle-ci a été observée dans trois cas sur vingt-huit à la suite des lavements. L'affection demande habituellement une prompte intervention chirurgicale et il n'y a pas lieu de temporiser par des insufflations d'air ou des injections. En général, les enfants supportent bien l'intervention, mais la mortalité opératoire élevée tient à ce qu'on intervient trop tard.

Abt a appelé l'attention sur ce fait que certaines obstructions intestinales chez les enfants sont d'origine paralytique, comme cela arrive dans la pneumonie. Parfois encore les symptômes peuvent être dus à une infection ou une intoxication intestinale. Ces cas ne peuvent pas bénéficier de l'intervention chirurgicale.

Erdmann fait remarquer que l'insufflation d'air ou l'injection ne donnent pas de résultats, parce que l'air ou l'eau sont mal retenus et ont une tendance à s'échapper rapidement à travers ces sphincters.

L. Jumon.

Pharmacologie

Dr E. Vogt.

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

Le Salicylarsinate de mercure, par le Dr Coignet (*Le Lyon médical*, 5 juin 1904). — L'auteur a pratiqué avec ce sel nouveau environ 800 injections à des syphilitiques à toutes les périodes de leur maladie. Ce nouveau composé paraît présenter un réel intérêt pratique, car, grâce à sa composition chimique, il permet d'administrer des doses assez élevées de mercure métallique en même temps que de l'arsenic à doses également élevées, sans craindre le moindre phénomène d'intoxication. La composition chimique de ce sel arsenico-mercuriel est extrêmement intéressante : le mercure et l'arsenic s'y trouvent à l'état *dissimulé*, c'est-à-dire non décelables par les réactifs ordinaires du métal ou métalloïde.

Dans la série des dérivés du mercure, il existe bien des sels à mercure dissimulé, tels que le salicylate basique de mercure, l'hermophényl, mais il ne semble pas qu'il existe encore de sel où le mercure et l'arsenic soient réunis ensemble sous cette modalité chimique.

Ce corps a été obtenu en faisant réagir une molécule d'acide méthylarsinique sur une molécule de salicylate basique de mercure : c'est donc par sa composition un « salicylarsinate de mercure ». Il se présente sous l'aspect d'un sel d'aspect amorphe, blanc, soluble dans l'eau, et dont la solution peut être stérilisée par la chaleur sans se décomposer. Elle ne donne ni les réactions des arséniates, ni celle du mercure. Sa solubilité dans l'eau ne dépasse pas 4 centigrammes par cc., mais elle est suffisante pour obtenir les effets thérapeutiques. Un centigramme de ce sel correspond presque à 0 gr. 01 de biiodure (exactement à 0 gr. 0087).

Les solutions titrées à 0 gr. 03 par cc., d'eau ont été injectées dans la région fessière, tous les jours, à la dose de 2 cm., de la solution : les injections sont indolores ou à peu près. Tous les malades ont préféré ce sel au biiodure, employé à titre de comparaison.

Les injections ont été faites par séries de 20, avec 10 jours de repos entre chaque série.

Au point de vue curatif, l'auteur a eu l'impression générale qu'il s'agit là d'un bon médicament, à effet sûr, et rentrant dans la catégorie des sels actifs. A maintes reprises, des malades qui étaient affaiblis, anémiés, ont repris du poids et des forces avec le traitement. Cette action tonique due à l'arsenic « dissimulé » a une réelle importance.

E. Vogt.

Emploi de la baptisia tinctoria, par Geo. Pitzer (*The American med. J.*, juin 1904). — On emploie dans la pratique l'infusion, la teinture ou l'extrait fluide préparés avec les racines de la plante. Pour l'usage interne, on donne dix à vingt gouttes de la teinture ou de l'extrait fluide dans 125 grammes d'eau et une cuillerée à thé de la solution toutes les deux à quatre heures, suivant les cas. Si on donne la baptisia à trop fortes doses, il peut en résulter des nausées, des vomissements, de la diarrhée et de la dépression du système nerveux. Mais à doses médicinales, la baptisia est un des bons médicaments de la matière médicale.

Bien qu'on regarde cette plante comme ayant une action antiseptique et qu'on l'emploie comme telle, elle n'a pas à proprement parler de propriétés antiseptiques. Elle n'arrête pas les fermentations ni les décompositions, mais pour l'organisme vivant, elle arrête les progrès de certaines maladies consomptives et aide au rétablissement général. C'est un stimulant vital particulier qui combat certains états adynamiques graves. Elle améliore la circulation dans les stases locales, sans cependant être un simple stimulant de la circulation dans les cas où ses effets se font sentir, mais elle stimule aussi les éléments nerveux et musculaires. Employée à l'extérieur ou à l'intérieur dans les cas où elle est indiquée, les effets consistent toujours dans une certaine stimulation de l'état général et local, dans l'amélioration consécutive de la nutrition.

La baptisia est contre-indiquée dans les fièvres sthéniques et les inflammations aiguës. Son emploi doit être limité aux fièvres asthéniques, aux états de dépression nutritive, aux ulcérations indolentes et à certaines inflammations ulcéreuses. Ces conditions se présentent dans le cours de la fièvre typhoïde, la fièvre scarlatine, la diphtérie, les ulcérations putrides de la gorge, l'érysipèle et la variole.

La baptisia est toute indiquée dans la fièvre typhoïde adynamique, lorsque l'on suppose aussi que les ulcérations lentes à guérir entretiennent la fièvre.

Dans l'angine scarlatineuse et la scarlatine maligne, où le pouls est fréquent et faible, avec tuméfaction ganglionnaire du cou, lividité des muqueuses, avec tendance à l'ulcération et haleine fétide, on peut employer la baptisia avec avantage. Il en est de même dans la diphtérie et l'érysipèle.

Dans les applications locales, on se sert de la teinture qui constitue un des meilleurs remèdes contre la stomatite ulcéreuse, la stomatite mercurielle, les angines putrides et la diphtérie. On peut l'employer en badigeonnage avec un pinceau ou un tampon de coton sur les parties malades.

L. Jumon.

Traitement de l'empoisonnement aigu par le bichromate de potasse par le lavage d'estomac et le nitrate d'argent, par Adam Lohr (*Berlin. Klin. Woch.*, 11 juillet 1904). — Une femme avait avalé dans un but de suicide trois cuillerées de la solution de bichromate de potasse et d'acide sulfurique qui sert à charger les piles. L'ingestion fut immédiatement suivie de vomissements et la malade éprouva de violentes douleurs stomacales pour lesquelles elle vint réclamer des soins. On sait que les bichromates sont très toxiques et que le pronostic d'empoisonnement est assez grave, parce que le traitement est en général institué trop tard. Dans ce cas, quatre heures après l'ingestion du toxique, on fit un lavage d'estomac avec une solution de nitrate d'argent à 1 0/00, le chromate d'argent étant insoluble. D'après Lewin, la dose mortelle de bichromate de potasse est de 8 grammes. Or, la quantité de la solution ingérée contenait une proportion supérieure à cette dose, car la solution était concentrée, mais la proportion d'acide ne devait pas être très considérable. Le cas relaté offre un intérêt particulier en raison de la glycosurie qui est survenue. Le bichromate a provoqué comme d'habitude une néphrite toxique. La glycosurie a persisté trois jours; il est à remarquer que la malade ne prenait pendant ce temps rien autre que du lait.

L. Jumon.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Inauguration du monument Pasteur à Paris. — Le dimanche 17 juillet, sous la présidence de M. le Président de la République, assisté d'un nombre considérable de savants français et étrangers, a été inauguré le monument élevé à Louis Pasteur à Paris, place de Breteuil, en face des Invalides, à l'emplacement de la colonne du puits artésien de Grenelle.

Le monument, très imposant, est l'œuvre que Falguière laissa inachevée en mourant et qu'a heureusement terminée un habile sculpteur, M. Victor Peter.

La hauteur totale est d'environ sept mètres, dont plus de quatre mètres pour le piédestal. Pasteur, assis, est calme et méditatif. La statue est en marbre blanc. Autour du piédestal, des figures groupées rappellent les principaux travaux du savant. En avant, le piédestal porte simplement : *Pasteur, 1822-1895*, avec l'indication que le monument est dû à une souscription internationale. Une figure de femme, l'Humanité, implorant pour son enfant, qu'elle tient contre sa poitrine, symbolise les mères redevables à Pasteur de la vie de leurs enfants. Sur les trois autres faces du piédestal, un berger joue du chalumeau, et ses moutons broutent à ses pieds ; un jeune bouvier s'appuie contre ses bœufs, une moissonneuse se repose. Ces groupes représentent les habitants de la campagne qui doivent tant au génie de Pasteur.

De nombreux discours ont été prononcés : par M. Wallon, président du Comité de souscription et du Conseil de l'Institut Pasteur, par M. Desplas, président du Conseil municipal de Paris, par M. de Selves, préfet de la Seine, par M. Chaumié, ministre de l'Instruction publique, par M. Gaston Boissier, au nom de l'Académie française, par M. Mascart, au nom de l'Académie des sciences, par M. Chantemesse, au nom de l'Académie de médecine, par M. Errera, membre de l'Académie royale de Belgique et directeur de l'Institut Botanique de Bruxelles, au nom des souscripteurs étrangers, par M. G. Perrot, de l'Institut, directeur de l'Ecole normale supérieure, par M. le Pr Grancher.

Parmi les notabilités du monde entier qui avaient tenu à venir encore une fois honorer Pasteur, signalons : Behring, Errera, professeur à l'Université de Bruxelles ; Percy Frankland, professeur à l'Université de Birmingham ; le Dr Lydtin, qui a apporté une couronne au nom des sociétés et des congrès vétérinaires de l'Allemagne, etc., Lord Lister s'était excusé par télégramme. Dans la tribune officielle, autour du président de la République, accompagné de M. Abel Combarieu et du général Dubois, secrétaires généraux de l'Elysée, avaient pris place les présidents du Sénat et de la Chambre des députés, le président du conseil, MM. Chaumié, Vallé, Rouvier, Maruéjouls, Trouillot, ministres ; des membres du corps diplomatique et du Parlement ; MM. Desplas, président du conseil municipal, de Selves préfet de la Seine : Lépine, préfet de police ; Autrand et Laurent, secrétaires généraux des deux préfectures. Dans une autre tribune, Mme Loubet était assise auprès de Mme Pasteur. Le fils de Pasteur, sa fille et son gendre, M. Valléry-Radot, ainsi que tous les autres membres de la famille, assistaient à la cérémonie.

Les Nouveaux hôpitaux. — M. Mesureur, directeur de l'Assistance publique, pousse activement la construction des nouveaux hôpitaux. Déjà, à Aubervilliers, un pavillon est très avancé.

A la Salpêtrière, on fait les fondations de l'école d'infirmières ; quant à la nouvelle Pitié, qui doit s'élever également sur les terrains inoccupés du célèbre hôpital, elle est beaucoup moins avancée.

Les plans viennent seulement d'être arrêtés définitivement. L'entrée de la Pitié se fera par le boulevard de l'Hôpital, contre le magasin général de l'Assistance publique.

On trouvera immédiatement le pavillon de la consultation, celui de l'administration et l'on arrivera dans les services ; il y aura deux pavillons de chirurgie, deux de médecine se faisant vis-à-vis et une maternité, s'élèvera un troisième pavillon de médecine.

L'Ecole d'infirmières sera terminée dans deux ans ; la nouvelle Pitié, dans quatre ans.

BIBLIOGRAPHIE

Troisième Congrès international des médecins de Compagnies d'assurances, tenu à Paris du 25 au 28 mai 1903. I. *Rapports présentés au Congrès*. II. *Procès verbaux des séances*, publiés par le Dr Armand Siredey, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, secrétaire général du Congrès. 2 volumes gr. in-8° (Masson et Cie, éditeurs), 25 fr.

La librairie Masson et Cie vient de mettre en vente les deux volumes représentant les travaux du 11e Congrès international des médecins de Compagnie d'assurances qui s'est tenu à Paris du 25 au 28 mai 1903. Le tome Ier donne tous les rapports présentés à ce Congrès par divers médecins français et étrangers; le tome II, publié par le Dr Siderey, renferme les comptes rendus *in extenso* des discussions qui ont eu lieu à propos de ces rapports.

Ces deux volumes constituent un véritable guide pour les médecins, de plus en plus nombreux à notre époque, qui s'occupent d'assurances sur la vie. Mais il mérite également d'intéresser tous les praticiens auxquels il fournira de précieuses indications sur le pronostic des maladies, que l'on chercherait en vain dans les divers traités de médecine et dans la plupart des ouvrages didactiques. On y trouvera sur l'avenir des pleurétiques, des asthmatiques, des emphysémateux, des lithiasiques, des goutteux, etc., d'utiles renseignements qui pourront être consultés avec fruit, non seulement lorsqu'il s'agira de donner des conseils au sujet d'un mariage, mais même quand il s'agira d'apprécier l'évolution de certaines maladies chroniques. A ces divers points de vue, ces volumes ont leur place dans la bibliothèque des praticiens.

Traité de l'anesthésie générale et locale, par le professeur Dr F.-L. Dumont, médecin de l'hôpital de Berne. *Edition française*, par le Dr F. Cathelin, chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, 1 vol. in-8 de 380 pages avec 180 figures : 8 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

Les brillants succès de la chirurgie sont dus principalement à l'anesthésie et à l'antisepsie. Mais tandis que l'on comprit bien vite l'importance de cette dernière et que l'on ne tarda pas à arriver à l'asepsie, l'onesthésie, au contraire, resta très longtemps stationnaire. Le chloroforme semblait, sur notre continent, concentrer sur lui seul toute la question de l'anesthésie; quelques observateurs seulement faisaient mention d'autres anesthésiques. Lorsque, ses dangers ayant été à peu près reconnus, le nombre de ses adversaires se multiplia, on vit, notamment à la suite de la réintroduction de l'éther, une nouvelle lutte s'engager, qui eut pour résultat de faire naître de tous côtés des travaux nombreux et remarquables.

Il a paru opportun à MM. Dumont et Cathelin de présenter dans leur ensemble les diverses méthodes d'anesthésie générale et locale ayant fait leurs preuves et d'offrir au médecin un guide pouvant venir à son aide dans chaque cas particulier.

Voici un aperçu de la table des matières :

Généralités. — Historique. Anesthésie générale, anesthésie locale. Action de l'anesthésique. Préparation et position du malade. Accidents. Choix de l'anesthésique. Instruments. Art d'anesthésier.

I. Anesthésie générale. — Ether, chloroforme, protoxyde d'azote, chlorure d'éthyle, pental, chloral, alcool, acide, carbonique, hypnose et électricité. Varcoses par mélanges.

II. — Anesthésie médullaire. — Méthode de Bier (injections sous-arachnïdiennes). Méthode de Cathelin (injections épidurales).

III. Anesthésie locale. — Le patient. La nature de l'affection. L'opération. Anesthésie locale par compression, par le froid, par mélanges réfrigérants, par pulvérisation de liquides.

Bromethyle. Chlorure de méthyle. Chlorure d'éthyle. Coryl. Anesthyle. Mettéthyle. Acide carbonique, acide phénique.

Anesthésie locale par l'emploi de médicaments. Cocaïne, Association de la cocaïne avec d'autres agents, eucaïne, phénol, extrait surrénal et adrénaline. Succédanés de la cocaïne. Tropacocaïne. Eucaïne. Acoïne. Holocaïne. Anéson ou anésine. Orthoforme. Nirvanine. Anesthésine. Subcutine. Sténocarpine. Nerrocidine. Parésine. Anesthésiques de Wilson et de Waite.

Nlle Imprimerie. E. Lasnier, directeur, 35, 37, rue St-Lazare. Paris Le propriétaire-Gérant : R. BLONDEL

TRAVAUX ORIGINAUX

TUMEUR BLANCHE DU GENOU CHEZ LES JEUNES ENFANTS, APPLICATION DES APPAREILS DE MARCHE A SON TRAITEMENT

par le Dr AUGUSTE BENOIT,

Ancien interne et chirurgien consultant des hôpitaux.

Exclusivement préoccupés de rechercher les meilleurs procédés d'extirpation des fibromes, absorbés par les controverses sur la chirurgie stomacale ou appendiculaire, la plupart d'entre nous se contentent, en chirurgie infantile, d'appliquer les préceptes classiques, si bien que cette branche capitale de notre art ne semble pas avoir bénéficié des mêmes progrès que les autres dans ces dernières années. Chirurgie essentiellement orthopédique, elle peut à la vérité offrir moins d'attraits, en ce qu'elle donne des résultats immédiats moins brillants. Pour la mener à bien, on ne doit ménager ni son temps, ni sa peine. Ainsi paraissent l'avoir compris nos voisins, tant en Angleterre qu'en Allemagne, lorsqu'ils donnent tous leurs soins à la vulgarisation de procédés de cure radicale ou de redressement des attitudes vicieuses, du pied, de la jambe, de la hanche, auxquels Lorenz, Eugène Bœckel, Bradford ou Phelps ont attaché leur nom. En France, nous devons à quelques chirurgiens spécialisés dans cette matière, d'utiles travaux qui ont porté leurs fruits et il serait injuste de ne pas reconnaître les services rendus par Calot, de Berk, dans la thérapeutique de la coxalgie, par A. Broca, dans le traitement des suppurations crâniennes. Le premier de ces auteurs a montré tout ce que l'on peut attendre des opérations partielles, combinés à la surveillance étroite des malades, immobilisés en bonne position, alors que la résection de la hanche n'avait donné que des résultats médiocres, sinon tout à fait mauvais.

En ce qui touche l'*arthrite tuberculeuse du genou*, chez les enfants du premier âge, les auteurs sont également d'accord sur les piètres résultats donnés par l'intervention sanglante portant sur un système osseux en voie de développement. Les livres classiques sont sobres de détails sur la manière de traiter ces petits malades ; *compression*, *redressement forcé*, *immobilisation*, telle est la formule que l'on a adoptée en dernier ressort et il n'y a pas de raison pour que nous ne vivions pas éternellement sur ces simples données, en attendant la découverte d'un agent spécifique de la redoutable maladie tuberculeuse, découverte qui ne s'annonce pas comme imminente.

J'ai recueilli dans ma pratique deux cas qui prouvent que l'on peut faire sinon plus, du moins mieux contre le développement de l'arthrite tuberculeuse, la tumeur blanche du genou, dans la première et la seconde enfance, époque où la vie des jeunes sujets et leur besoin intense de mouvement nécessitent une thérapeutique appropriée, se prêtant,

sans cesser d'être sévère, aux exigences du développement normal de l'individu. Mon essai a porté sur l'application, à ces jeunes malades, des appareils de marche plâtrés, qui furent préconisés tout d'abord contre les fractures, auxquelles ils conviennent si peu.

On conçoit, en effet, que s'il paraît essentiel de maintenir au lit, dans le but d'obtenir une coaptation plus exacte, des sujets adultes atteints de fractures du membre inférieur et d'ailleurs exempts de toute tare susceptible de s'aggraver par le séjour au lit, il n'en est plus de même lorsque l'immobilisation du membre devra être prolongée des mois entiers et reprise à différentes époques, suivant les indications imposées par les attitudes vicieuses et la tendance à la récidive. Si nous considérons comme une nécessité *l'immobilisation* absolue dans la gouttière de Bonnet ou dans les grands appareils plâtrés, lorsqu'il s'agit d'affection tuberculeuse de la hanche chez des enfants trop jeunes pour pouvoir faire usage de béquilles, nous devons, par contre, lorsqu'il s'agit du genou, adopter sans hésitation tout moyen permettant à l'enfant de s'en affranchir. Or, c'est précisément le cas lorsqu'on nous présente un enfant atteint de tumeur blanche du genou *au début*, sans réaction articulaire trop vive, ou lorsqu'après trois mois d'immobilisation, l'état local s'est amélioré, tandis que l'état général commence à souffrir de la station horizontale prolongée. C'est à cette catégorie de malades que nous nous adressons, tout en pensant que l'appareil de marche doit être également appliqué, au bout d'un temps très court, à ceux qui ont subi une des interventions réservées aux tuberculoses articulaires plus avancées, *l'arthrotomie* et *la résection*.

J'en viens au récit succint de nos deux cas. I. Pierre D..., âgé de 6 ans, sans antécédents héréditaires. Deux frères et une sœur se portant bien, quoique ayant eu des adénites abcédées dans la région cervicale. Le jeune D... a échappé à ces accidents ganglionnaires, mais on a remarqué depuis six mois qu'il pliait sa jambe droite, surtout la nuit et que toute tentative de redressement était douloureuse. En même temps, le pourtour du genou au niveau de la rotule accusait une différence d'un bon centimètre. Je le fis radiographier et n'obtins par ce moyen aucun renseignement bien utile; peut-être l'espace clair du côté malade était-il moins accusé que l'interligne homologue du côté sain. Après avoir étudié soigneusement le jeune sujet, je pus conclure à l'arthrite tuberculeuse, avec lésions synoviales prédominantes. La température locale était de 1° plus élevée; mais les signes fonctionnels restaient modérés. Notamment, ce n'est que dans la fatigue ou dans l'extension forcée que l'enfant accusait de la douleur. Rien aux autres organes.

Je m'assurai d'abord que la rectitude du membre pouvait être rétablie par une traction assez prolongée que le sujet put endurer, et j'appliquai au début un appareil plâtré ordinaire fait d'une attelle postérieure et de deux attelles latérales, laissant le genou à découvert en avant suivant la manière classique. Pendant le temps que dura cette immobilisation, c'est-à-dire pendant une quinzaine, je fis préparer la lame de tôle qui devait servir de support à mon appareil de marche. En une deuxième séance, je fixai le membre dans l'appareil plâtré de marche que je décrirai plus loin et je prescris dès le lendemain de courtes promenades. Au bout de trois mois, je défis l'appareil. Le jeune malade demeura quelques jours sans autre soutien qu'un feutre plastique moulé sur le genou, maintenu par une bande jour et nuit et que l'on enlevait pour lui donner des bains salés et hygiéniques. La reprise de la marche ayant donné quelques douleurs, sans réaction locale apparente, je remis en place un appareil semblable au premier, en utilisant l'attelle de fer très primitive dont je m'étais servi. Durant tout ce temps, l'enfant n'a pas cessé de jouer, de marcher à sa guise. Néanmoins, j'ai résisté aux sollicitations des parents et je constate aujourd'hui que, au bout de cinq mois de cette thérapeutique, le membre est en bonne position, le gonflement articulaire a diminué et le foyer loca

semble éteint. On est frappé en même temps de l'état musculaire du membre immobilisé pendant un si long temps, ainsi que de la bonne mine du sujet, qui a fort bon appétit. Le résultat se maintient depuis plus d'un an. Toute manifestation douloureuse donnerait lieu à la reprise du traitement pendant le temps nécessaire. J'ai conseillé de recourir à l'emploi du manchon de feutre ouaté pour empêcher toute flexion trop brusque du genou pendant les jeux et pour le protéger contre les traumatismes.

Observ. II. — H. L..., 4 ans, fillette chétive, dépourvue de tares viscérales. Syphilis et affections osseuses, mal de Pott, etc..., dans les antécédents héréditaires. Elle-même n'en présentait pas de manifestations. C'est par hasard que l'on s'aperçut d'une tuméfaction du genou gauche pourtant arrivée à un tel degré que l'on mesure près de 3 centim. de plus du côté malade. Cela tient à l'indolence absolue de la jointure. La tuméfaction semble en effet porter sur les condyles fémoraux principalement, sur le plateau tibial ensuite. On sent un empâtement surtout marqué en avant, autour de la rotule, qui n'est cependant pas immobilisée. Les mouvements imprimés à la jointure sont remarquablement indolores, sauf lorsqu'on essaie d'étendre complètement la jambe sur la cuisse. A ce point de vue, l'attitude vicieuse se dessine déjà nettement. L'examen radiographique montre un épaississement de l'extrémité inférieure du fémur assez peu marqué. Il semble donc que le tissu osseux y contribue peu pour sa part et que le gonflement soit surtout périarticulaire. Pour toutes ces causes, j'adopte tout d'abord, après avoir fait examiner l'enfant par un spécialiste, le traitement spécifique intensif approprié à l'âge et son médecin lui fait pendant deux mois des injections mercurielles dans la fesse, tandis que des frictions étaient faites autour de la jointure. Sans pouvoir nier l'amélioration légère qui se produisit, l'effet ne fut pas décisif, et deux mois plus tard, je jugeai prudent de faire le *redressement forcé* sous le chloroforme et d'appliquer un premier appareil plâtré ordinaire. Quelques gouttes d'anesthésique suffirent pour obtenir une résolution suffisante ; je n'eus pas de grande résistance à vaincre ; aucun craquement articulaire ne se produisit, car j'avais affaire à cette rétraction élastique qui a tant de tendance à se reproduire. Aussi fallut-il surveiller étroitement le membre pendant toute la durée de la dessication. Au bout d'un mois, l'enfant maintenue au lit ou sur une chaise longue perdait tout appétit, tandis qu'une atrophie très nette de la cuisse commençait à se dessiner. Je n'hésitai pas à faire confectionner un étrier de zinc pour appliquer un appareil de marche, au moyen duquel, après quelques jours utilisés pour lui donner des bains, je la rendis au mouvement et à la santé. Après un très bon résultat constaté en enlevant l'appareil de marche au bout de huit semaines, j'ai envoyé cette enfant à la mer. Un feutre plastique devait protéger le genou pendant les premiers essais de marche sans appareil. J'apprends que les douleurs ont réapparu deux mois après et que l'enfant refuse de marcher, sans toutefois que l'état général paraisse s'en ressentir. Ces nouvelles m'ont engagé à prescrire l'immobilisation dans la gouttière de feutre ouaté, avec défense absolue de marcher, en attendant que je réapplique l'appareil de marche dont l'abandon, dans ce cas, me semble avoir été prématuré.

Ainsi que je le disais en commençant, l'appareil plâtré dit *de marche* a été conçu dans le but de permettre aux sujets atteints de fracture du membre inférieur de se lever, partant d'échapper à tous les troubles causés par le décubitus prolongé. Il s'en suivait une formation plus rapide du cal et une guérison dans des délais plus courts que par le traitement classique. L'application de ces idées théoriques a-t-elle été réalisée dans la pratique d'une manière assez satisfaisante pour que l'emploi de la méthode soit devenu courant? En fait, il n'en est rien, car depuis d'assez nombeuses années qu'elle a été préconisée en France, notamment par P. Reclus, cet exemple n'a pas été suivi par beaucoup

d'entre nous. Cette remarque serait sans valeur, étant donné la difficulté que l'on a à faire adopter les innovations pratiques dans notre pays; mais il appert de la lecture de nombreuses observations que si la durée de la consolidation a été notablement raccourcie dans quelques cas, il est survenu d'ailleurs des accidents dus à l'imprudence des malades, qui sont portés à abuser de la locomotion. Les uns font de nouvelles chutes, les autres éprouvent des traumatismes dont l'ébranlement, retentissant dans le foyer de fracture, ne saurait être favorable. Mais, dira-t-on, le jeu des mucles étant conservé, le blessé échappe à l'atrophie qui allonge si notablement la durée de la convalescence. Et l'on sait que la conviction de certains entêtés chirurgiens à ce point de vue est telle que, laissant de côté toute préoccupation de *forme*, ils s'attachent à entretenir la *fonction* et placent la mobilisation et le massage en tête des moyens à employer dans le traitement des fractures exemptes de tout grave déplacement des fragments. Ces errements sont d'autant plus fâcheux que la voix de ceux qui les professent est plus écoutée. Assez nombreux demeurent ceux qui font la juste part de la restauration exacte du squelette et de la fonction articulaire et locomotrice et pensent, comme moi, qu'en matière de fracture, pour obtenir un bon résultat il est nécessaire d'assurer par un plâtre bien appliqué une réduction bien faite et de ne permettre le mouvement qu'après que le sujet aura passé la période de *plasticité du cal*. L'enlèvement assez fréquent, ou même le renouvellement de l'appareil, suivant la méthode enseignée par mon maître P. Berger, répond à l'indication dont nous parlions plus haut. On peut ainsi faire exécuter quelques massages prudents et communiquer au foyer de fracture les mouvements jugés nécessaires pour accélérer la formation du cal osseux. La guérison s'obtient avec un minimum d'atrophie et de raideur dont le malade peut généralement faire les frais, puisque le temps d'immobilisation est relativement court. Lorsque cette atrophie est le fait de lésions nerveuses par compression la question devient plus complexe, et ce n'est pas l'usage d'un appareil de marche qui pourra obvier d'une manière plus efficace à cette complication.

Pour me résumer, l'appareil de marche en matière de fracture s'adresse à une clientèle spéciale, celle des ouvriers et manouvriers pour lesquels la prolongation du séjour à l'hôpital aggrave le préjudice éprouvé. Dans ce cas, son emploi est logique; encore ne donnera-t-il un bon résultat qu'en surveillant de plus près les malades ainsi traités. Cet appareil doit encore pouvoir rendre des services dans les fractures de la hanche, qui surviennent, elles aussi, chez des malades auxquels le séjour au lit est si préjudiciable, qu'il prime souvent le danger auquel les expose leur fracture.

Par contre, les sujets atteints d'affections chroniques déformantes des articulations, en particulier, les enfants porteurs d'ostéo-arthrites tuberculeuses doivent bénéficier largement d'un essai d'application des appareils plâtrés permettant la locomotion. C'est par mois entier qu'il faut compter le séjour au lit, indispensable à leur guérison, et le changement de séjour, le climat marin ne suffisent pas toujours à pallier les troubles engendrés par l'immobilité forcée. Le maintien d'un bon état général a, chez eux, une autre importance que chez les fracturés. Ce résultat a été obtenu dans les deux cas relatés plus haut. Aussi, suis-je disposé à persévérer dans cette pratique, destinée à rendre des services principalement dans les tumeurs blanches du *genou* et les arthrites tuberculeuses des diverses articulations du *pied*, en tant qu'elles n'ont pas encore causé des dégâts forçant à intervenir. Même dans ce dernier cas, leur application trouve une seconde et une utile indication, pour permettre aux jeunes malades de guérir en bonne position après les diverses arthrotomies ou résections qu'on aura dû pratiquer.

Technique. — Un appareil de marche doit ici réaliser les conditions suivantes:

assurer l'*immobilité* absolue, c'est-à-dire le repos articulaire complet, considéré non sans raison comme le meilleur adjuvant de la guérison des arthrites tuberculeuses. On assure du même coup les malades contre la *contracture* et les *douleurs* qu'elles occasionnent.

Suppression de toute pression osseuse pendant la marche, afin de prévenir l'usure si prompte à se faire par le contact des extrémités osseuses altérées.

Solidité suffisante pour permettre au malade de déambuler avec le moins de poids possible à soulever et pour n'avoir pas à craindre un affaissement de l'appareil à l'usage.

J'ai pu atteindre ce résultat par des moyens très simples. J'ai noté plus haut et je répète que si l'attitude fléchie est à ce point prononcée qu'elle nécessite un *redressement forcé* sous le *chloroforme*, j'ai plus confiance dans l'appareil plâtré classique, composé d'un étrier et d'une gouttière postérieure pour maintenir le résultat acquis par l'intervention. Ce n'est donc qu'après avoir appliqué et maintenu en place cet appareil pendant une douzaine de jours, si ce n'est quinze, que je l'ôte, pour le remplacer par un appareil de marche, que j'applique sans anesthésie. Dans ce but, il faut se procurer :

1° *Une lame de zinc* ou de tôle dont la rigidité sera calculée d'après le poids du jeune malade. Une très faible épaisseur suffit pour un enfant de quatre à sept ou huit ans. Pour mesurer la *longueur* qu'elle doit avoir, on passe un ruban métrique le long du membre en commençant en dedans, un peu au-dessus de la partie moyenne de la cuisse, pour descendre jusqu'à une distance qui ne sera pas *inférieure à 4 centimètres* au-dessous de la plante du pied, former ensuite un étrier à peine plus large que la plante du pied elle-même et remonter le long de la malléole externe jusqu'au point homologue du côté opposé. Il y a donc trois mesures à se procurer : *a* hauteur de la branche verticale interne, *b* hauteur de la branche externe, sensiblement égale, *c* longueur de la partie formant étrier.

La *largeur* ne doit pas être excessive. En voici la raison : cette lame étant destinée à former la charpente solide de l'appareil, doit rester tangente aux faces latérales du membre à envelopper de bandes plâtrées, sans faire de saillie qui puisse gêner l'adaptation exacte de ces bandes à la surface du membre. Deux centimètres et demi à trois centimètres sont, pour les jeunes enfants, une largeur suffisante. Tout dépend d'ailleurs de la taille des sujets, dont on aura à tenir compte.

Je crois meilleur, bien que je ne l'aie pas essayé, de laisser un peu plus de surface à l'étrier, qui est destiné à former semelle, et par conséquent à assurer l'aplomb. Rien n'est plus aisé également que de faire *infléchir légèrement* les deux branches verticales au niveau du genou, ainsi que je l'ai recommandé, afin de suivre la courbe naturelle de tels membres, qui conservent, malgré le redressement, un léger degré de flexion. Ceci, pour éviter, le sujet étant couché, un relèvement en avant de la partie des branches qui suit les deux faces interne et externe de la cuisse. On fera perforer de quelques trous les branches verticales de la lame de zinc, dans le double but d'alléger l'appareil et de lui permettre de faire corps plus intimement avec le plâtre. De la sorte, on aura obtenu une attelle métallique plate, suffisamment rigide pour la marche, assez légère pour ne pas grever le poids de l'appareil plâtré, passablement lourd par lui-même, cette attelle est assez *flexible* pour que les tours de bande viennent la rabattre de chaque côté contre la surface même du membre. Nous sommes loin, comme on voit, des tiges cylindriques, épaisses et pesantes destinées à supporter le poids du corps dans les fractures chez l'adulte et dont j'ai vu des modèles construits chez Collin.

2° Un kilog. de *plâtre à mouler ;*

3° Cinq ou six *bandes* enroulées de *tarlatane* empesée, de 6 à 8 mètres de long et dont la largeur variera de 8 à 12 centimètres ;

4° De l'*ouate hydrophile* et un morceau d'*étoffe molletonnée* suffisant pour faire exactement le tour de la cuisse.

Le malade étant couché sur une table ou un plan résistant quelconque, la tête appuyée sur un oreiller, on enroule une faible quantité de ouate, bien également répartie sur les points où doit porter l'enveloppement plâtré. Il faut s'attacher à laisser une partie du genou à découvert, la *face antérieure,* afin de pouvoir la surveiller, et c'est pour cela que la jointure doit avoir été auparavant assez convenablement redressée, pour que l'on n'ait plus, en appliquant l'appareil de marche, à exercer des pressions sur cette face antérieure. On garnira donc de ouate tout le pourtour de la jambe en commençant au-dessus de la cheville, la face postérieure du genou, puis la périphérie totale de la cuisse en remontant presque jusqu'à la racine du membre. Cette couche devra être mince ; elle est uniquement destinée à capitonner l'intérieur de l'appareil et à adoucir les contacts.

Ceci fait, on fait coudre en forme de manchon un morceau assez large de molleton que l'on appliquera au-dessus de la couche ouatée à l'endroit exact où porteront les pressions, c'est-à-dire au rebord supérieur de l'appareil, à la racine du membre.

Car on a bien compris que le seul moyen de supprimer toute pression entre les extrémités fémorale et tibiale est de faire marcher les malades comme les amputés de cuisse sur l'*ischion*, ainsi que sur les points de contact réalisés par l'engaînement de la racine de la cuisse. C'est en ce lieu que les tours de bande plâtrée seront le plus nombreux, afin d'obtenir un rebord bien net, que déborde la garniture molletonnée, chargée d'adoucir la pression et de rendre l'appareil utilisable pendant le temps nécessaire.

Ces précautions assurées, on roule successivement les bandes dans la bouillie plâtrée, en ayant soin de ne pas les surcharger de plâtre, ce qui les rend trop massives et on se met aussitôt à enrouler, directement sur l'ouate, en commençant au dessus des chevilles ; passant ensuite en arrière du genou, on remonte sur la cuisse, que l'on enveloppe entièrement jusqu'à la racine. Il est indispensable de ne pas trop serrer. Que la bande suive exactement le contour du membre, et cela suffira. On arrose de temps à autre les points qui semblent manquer d'épaisseur avec de l'eau plâtrée.

Alors qu'on a déjà passé cinq ou six fois la bande sur tous les points à recouvrir, on s'interrompt pour mettre en place la partie métallique de l'appareil, qui doit déborder en bas la plante du pied de 4 à 6 centimètres, suivant l'âge des sujets. Ensuite, rabattant sur elle les bandes plâtrées, en commençant par le haut, on achève de passer les huit ou dix tours nécessaires en bas et à la partie moyenne et les dix à douze épaisseurs indispensables à la solidité du contour supérieur de l'appareil. On vernit ensuite légèrement avec la main.

C'est ainsi que nous avons procédé. Mais on peut trouver plus commode de faire préparer à l'avance des bandes cousues en plusieurs doubles, que l'on fixerait en une seule fois par dessus l'étrier métallique en allant de bas en haut et croisant les deux jets de bande en arrière du genou, pour former un plan résistant prévenant la flexion de la jointure.

L'appareil est terminé ; on n'a plus qu'à surveiller la dessication et maintenir l'enfant au lit jusqu'au lendemain.

J'ai dit que la pièce métallique, émergeant de l'appareil, dans lequel elle se trouve incluse solidement, doit venir déborder en bas la plante du pied de *quatre bons centi-*

mètres, au moins. Je dirais volontiers davantage et qu'il y a moins d'inconvénient à en avoir laissé trop que trop peu. Il m'est arrivé en effet, par le tassement de la partie supérieure de l'appareil dans les premiers essais de marche, de voir cette hauteur se raccourcir, à tel point que l'enfant cherchant à appuyer sur le sol avec la pointe du pied, finissait par l'atteindre au bout de quelques jours, réduisant ainsi à néant une des conditions les plus efficaces de l'appareil.

Comment assurer l'équilibre des sujets en marche? Très simplement, en faisant adapter à la semelle du soulier du côté sain une pièce creuse de cuir ou de bois rétablissant la hauteur des deux membres, et prévenant ainsi toute claudication. Il n'y a aucun inconvénient à ce que l'enfant soit ainsi exhaussé notablement, et l'on pourrait d'ailleurs enlever du rebord supérieur de l'appareil ce qui serait nécessaire pour abaisser un pied trop haut placé. J'ai pu m'assurer que non seulement les enfants s'habituent à *marcher* sans gêne apparente, mais *qu'ils courent* avec facilité.

Avantages et inconvénients de l'appareil. — Les avantages principaux de cette thérapeutique sont trop tangibles, pour qu'il y ait à s'y arrêter longuement. L'immobilisation du sujet, bornée au membre affecté, assure le relèvement de l'état général et par là même réalise un important progrès, puisqu'elle hâte la guérison. La surveillance de l'article est aisée, puisque la face intérieure apparaît tout entière, se prêtant ainsi aux frictions locales médicamenteuses dont certaines ne sont pas à négliger. J'ai vu parfois la pommade à l'*ichthyol*, certaines pommades résolutives à base d'*oxyde de zinc* et d'*acétate de plomb* n'être pas sans action contre les poussées inflammatoires. Enfin l'articulation tibio-tarsienne reste libre, ce qui met à l'abri des raideurs imputables aux anciens appareils.

Comme inconvénients, je ne vois guère que le poids excessif de l'appareil, qui tient toujours à ce qu'on a employé une bouillie trop épaisse. Avec un peu d'habitude, on atteint la juste mesure et je suis convaincu, après avoir vu évoluer mes jeunes patients, que le port de l'appareil, réduit à de justes dimensions, constitue un exercice salutaire remplaçant le massage et prévenant l'atrophie des muscles de la cuisse. L'appareil manque un peu d'élégance : ce reproche est justifié; mais il est loisible de dissimuler l'appareil dans une gaîne de couleur sombre formant *guêtre*. Quant au pied, je conseille de le recouvrir, non d'une bottine ordinaire, car les enfants ont toujours tendance à gagner le sol par cet intermédiaire, mais d'un simple chausson de laine qui remonte jusqu'au rebord inférieur du plâtre, et empêche le refroissement. Il va sans dire que si l'enfant a souillé son appareil au point d'y être mal soutenu, mieux vaudra en faire une réapplication que de le laisser dans des conditions défectueuses. Quels sont les signes auxquels on reconnaît qu'on peut enlever l'appareil? On ne saurait répondre à cette question de manière à prévoir tous les cas. Dans la majorité d'entre eux, on essaiera de le faire supporter trois mois, lors de la première application, suivant en cela des règles déjà anciennes. Le genou sera ensuite soutenu quelque temps par une gouttière de feutre plastique ou de plâtre maintenue jour et nuit par une bande de toile. On observera plus tard s'il se produit du *gonflement* et de la *douleur* par l'usage, ainsi que de l'*élévation de la température locale*. On attachera la plus grande importance à la reproduction des moindres *contractures douloureuses*, car on sait combien l'affection tuberculeuse d'une articulation retentit sur les tissus périphériques, tendons et muscles, à ce point qu'on a pu dire qu'*il y a lieu de douter du diagnostic de tuberculose, lorsqu'un mouvement dans un sens quelconque est complètement libre de toute contracture et non douloureux.*

La surveillance de l'enfant sera d'autant plus étroite que la tumeur blanche du genou prise au début et traitée comme il vient d'être dit, guérit avec conservation d'une certaine *mobilité articulaire*. L'ankylose complète n'existe que dans les cas les plus avancés ou chez les jeunes enfants qui ont été opérés. L'enlèvement de l'appareil est donc, chez les premiers malades, affaire de tact et mieux vaut en prolonger l'emploi si l'on a des raisons de penesr que le foyer morbide soit mal éteint.

La tumeur blanche, chez l'enfant, tend, dit-on, à la guérison spontanée. En appliquant un *appareil de marche* aux jeunes malades, on peut être certain d'avoir aidé de la manière la plus opportune à cette tendance naturelle de la maladie.

LA STOVAINE

Par MM. G. Pouchet et Chevalier (1).

La stovaïne, ou chlorhydrate de l'éther benzoïque du diméthylamino-propanol, découvert par M. Fourneau, il y a à peine quelques mois, paraît devoir déjà prendre une place importante parmi les médicaments usuels, en raison de son pouvoir analgésique local considérable et de sa faible toxicité ; aussi, nous a-t-il paru utile d'en faire l'étude pharmacodynamique complète, afin de pouvoir donner aux cliniciens des indications nettes et précises relativement au mode d'action de ce médicament sur les différents appareils. La toxicité de ce corps comparée à celle de la cocaïne est beaucoup plus faible. Chez le cobaye, nous l'avons évaluée de 0 gr. 18 à 0 gr. 20 par kilogramme d'animal, en employant une solution à 1 0/0, en injection intra-péritonéale. Chez le chien, en injection intra-veineuse, la dose toxique mortelle est de 0 gr. 10 à 0 gr. 12 par kilogramme d'animal. L'absorption du médicament se fait rapidement, et il n'y a presque pas de différence entre la toxicité par voie intra-veineuse, par voie intra-péritonéale ou par voie sous-cutanée chez cet animal.

Les phénomènes d'intoxication constatés présentent deux types très distincts suivant les animaux auxquels on s'adresse. Chez les herbivores, chez les cobayes en particulier, l'intoxication peut revêtir les deux formes. On observe soit de l'analgésie généralisée avec absence presque totale de phénomènes nerveux, soit, au contraire, de l'hyperesthésie avec des convulsions généralisées.

Dans le premier cas l'animal montre une agitation légère à laquelle fait bientôt suite un affaissement presque complet. L'analgésie est totale, l'animal ne répond plus aux excitations, mais n'est pas paralysé, seuls les mouvements volontaires sont un peu plus lents. En même temps on voit la température baisser de 4°5 et même 6° pendant les

(1) *Académie de médecine*, 12 juillet 1904.

quelques heures qui suivent l'injection. Cet état persiste durant six à huit heures, puis les animaux reviennent progressivement à la normale et se rétablissent. Cette forme d'intoxication est rarement mortelle; cependant dans certains cas les animaux sont tardivement pris de convulsions et meurent au cours d'une crise convulsive.

Chez un certain nombre d'animaux, au contraire, en particulier chez les cobayes à poils longs, hérissés, dits Russes, beaucoup plus sensibles aux poisons nerveux, on voit se manifester un tableau symptomatique tout différent. Immédiatement après l'injection, les animaux présentent de l'agitation; puis, cinq à dix minutes après, ils sont pris d'inquiétude, de trismus, de mouvements simulant le vomissement, d'agitation extrême, d'hyperexcitabilité réflexe prononcée. Brusquement, l'animal est projeté sur le dos ou sur le côté ; et on voit alors éclater une crise convulsive d'abord clonique, avec mouvements ambulatoires, de natation, de giration, puis franchement tonique avec opisthotonos et contractures toniques accompagnées de tremblements. Cette crise dure environ deux à trois minutes et se répète à des intervalles assez rapprochés jusqu'à la mort de l'animal. Ces périodes convulsives ne sont pas toutes identiques, certaines sont franchement cloniques, d'autres ressemblent à une attaque épileptiforme, d'autres enfin sont presque exclusivement toniques; il faut cependant noter que toutes se terminent par une ou plusieurs contractions toniques et que plus on approche de la mort de l'animal, plus le type tonique s'accentue jusqu'à subsister seul aux dernières crises. Dans cette forme de l'intoxication, la température baisse légèrement, mais beaucoup moins que dans la première forme décrite.

Chez le chien, et surtout chez le chat, à système nerveux encore beaucoup plus impressionnable, l'intoxication à forme convulsive se montre toujours, même avec des doses faibles, et l'on n'observe jamais de baisse de température; au contraire, elle s'élève plus ou moins suivant l'intensité des crises convulsives.

L'étude détaillée de l'intoxication chez ces animaux est intéressante, car elle nous permet, jusqu'à un certain point, de nous rendre compte de l'action de la substance sur les diverses parties du système nerveux.

Immédiatement après l'injection intra-veineuse de 0 gr. 20, soit 20 cc. d'une solution de stovaïne à 1 0/0 dans de l'eau additionnée de 8 gr. 50 de chlorure de sodium par litre, un chien d'environ 15 kilogrammes présente de la gêne respiratoire, quelquefois même un arrêt complet et passager de la respiration. Laissé libre, il titube, cherche à se caler dans un angle, bientôt il est pris de vomissements, puis il se couche, car il présente de la faiblesse et même de la paralysie du train postérieur. Quelques minutes après il est pris d'une secousse généralisée, avec mouvements ambulatoires violents; surviennent ensuite l'opisthotonos et des convulsions franchement toniques qui marquent la fin de la convulsion proprement dite. L'animal reprend sa respiration qui devient ample, profonde et précipitée. Il cherche alors à se relever ; le train postérieur est paralysé, l'incoordination motrice est manifeste, et il fait pendant quelque temps des mouvements désordonnés; enfin il parvient à se redresser sur ses pattes et à marcher plus ou moins franchement. Une salivation intense marque la fin de cette période; l'animal se remet progressivement. Si l'on continue les injections intra-veineuses, par doses de 0 gr. 20 à intervalle d'un quart d'heure, on voit à la suite de chaque injection, se reproduire une crise convulsive du même genre que celle que nous venons de décrire. Cependant au fur et à mesure des progrès de l'intoxication, ces crises convulsives se différencient suivant que les diverses parties du système nerveux sont plus ou moins touchées. C'est ainsi que l'on voit se produire dans la première partie de l'intoxication,

des convulsions plutôt cloniques, avec mouvements ambulatoires, du galop, de natation, entremêlées de convulsions tonico-cloniques et toniques.

A une période plus avancée, apparaissent de grandes convulsions, à type nettement épileptiforme. L'animal exécute de grands mouvements giratoires sur lui-même et des mouvements en cercle autour de son train postérieur complètement paralysé. Par intervalles sa tête et son train antérieur se dressent brusquement puis retombent flasques, pour être projetés de nouveau quelque temps après. Par intervalles, également se manifestent des contractures toniques avec opithotonos et, plus rarement, pleurosthotonos.

Un peu plus tard, ces phénomènes augmentent d'intensité et les crises deviennent subintrantes, l'opisthotonos s'accentue, la tête est complètement renversée en arrière par instants, l'animal est en érection et l'extrémité caudale est animée de mouvements violents et désordonnés.

Dans la dernière phase de l'intoxication, l'animal présente nettement des convulsions à type strychnique avec trismus initial et claquements de la machoire, des tremblements généralisés, de l'opisthotonos et de la contracture des membres en extension forcée. Ces crises sont séparées par des intervalles de repos de plus en plus courts pendant lesquels l'animal présente de la polypnée. Il meurt à la suite d'une série de convulsions se succédant presque sans interruption, la respiration s'étant définitivement arrêtée pendant la crise convulsive.

Chez le chat, les mêmes phénomenes se manifestent avec, peut-être, une intensité plus considérable que chez le chien.

Chez tous ces animaux l'insensibilité est complète dès les premières phases de l'empoisonnement. La dilatation pupillaire est portée à son maximum et la cécité est probablement complète pendant la période d'état de l'intoxication. Pendant cette même période, les animaux semblent également avoir des hallucinations.

De nombreuses mensurations thermométriques, effectuées pendant les expériences chez ces animaux, montrent que, dans les intoxications non mortelles, la température se maintient normale ; elle est quelquefois même légèrement augmentée.

Dans les intoxications graves et mortelles, la température est toujours fortement supérieure à la normale ; et, sous l'influence des convulsions, elle arrive à atteindre 41 et même 42°.

La stovaïne paraît donc agir comme un poison du système nerveux tout entier ; les troubles respiratoires, les vomissements que l'on constate toujours immédiatement après les injections, indiquent nettement une action de la substance sur le bulbe. Les convulsions cloniques, les hallucinations, les troubles oculaires paraissent évidemment sous la dépendance d'une excitation des hémisphères cérébraux ; l'incoordination motrice et les mouvements giratoires indiquent nettement un trouble des fonctions du cervelet ; les convulsions toniques, l'opisthotonos, les divers autres phénomènes nerveux observés montrent la part prépondérante de la moelle dans la production des accidents, surtout dans les dernières phases de l'intoxication.

Dans quel ordre ces diverses parties du système nerveux central sont-elles touchées et avec quelle intensité? Tel est le problème qui se pose, et qui n'est encore que très incomplètement résolu.

Nous pouvons seulement dire, à l'heure actuelle, que l'influence préalable du chloralose retarde mais n'empêche pas les convulsions à doses toxiques élevées. Les convulsions cloniques ne se manifestent que très faiblement et ce sont presque exclusivement des convulsions toniques qui sont observées dans ce cas.

Le chloroforme, à dose anesthésique, détermine l'arrêt complet des phénomènes convulsifs et paraît diminuer ultérieurement l'intensité des manifestations convulsives, la période d'anesthésie étant terminée.

Le bromure de potassium, ingéré et injecté préventivement pour diminuer l'irritabilité corticale du cerveau, ne paraît pas avoir d'action très nette sur l'apparition et l'évolution des phénomènes convulsifs chez les animaux intoxiqués ultérieurement par de fortes doses de stovaïne. En raison de ces faits, nous attribuons donc une part prépondérante, dans la production des phénomènes toxiques, à la moelle et au cervelet, le bulbe et les hémisphères cérébraux étant cependant touchés, mais beaucoup moins profondément.

Nous reviendrons du reste sur l'étude de l'action de ce corps sur le système nerveux.

Lorsqu'on a commencé à parler des propriétés physiologiques de la stovaïne, on l'a comparée à la cocaïne et l'on a indiqué qu'elle possédait, contrairement à cette substance, un pouvoir vaso-dilatateur.

Les expériences que nous avons faites sur le chien nous ont montré que toutes les fois que l'on pratique une injection intra-veineuse, on voit presque immédiatement la pression baisser de 6, 7 et même 8 centimètres de mercure suivant la dose injectée, en même temps que le nombre des battements cardiaques s'accroît dans une proportion notable et qu'ils diminuent d'amplitude; mais si la dose injectée n'a pas été mortelle d'emblée, la pression remonte progressivement, le nombre des contractions diminue, l'intensité redevient normale.

Voulant nous rendre compte de la part prise par le pneumogastrique dans la production de ces phénomènes, nous avons pu constater qu'après l'injection d'une dose non mortelle de stovaïne, l'excitabilité de ce nerf était détruite, non par suite d'une modification de sa conductibilité, l'excitabilité du bout périphérique étant diminuée mais provoquant cependant encore une chute de la pression avec ralentissement, mais bien par suite d'une modification subie dans ses noyaux d'origine, le bout central excité ne produisant plus aucun phénomène.

Cette action bulbaire concorde bien avec les autres phénomènes observés, et l'arrêt de la respiration qui coïncide avec cette chute de pression dénote bien une action, primitive et passagère, de la substance sur le bulbe.

Néanmoins, il faut tenir compte, dans la production de ces phénomènes circulatoires, d'une influence de la stovaïne sur l'endocarde, qui doit nécessairement s'exercer en raison de l'action intense de ce corps sur les divers éléments cellulaires avec lesquels il vient à se trouver en contact.

Jusqu'alors, aucun des phénomènes observés au cours de ces expériences ne vient confirmer l'existence d'une vaso-dilatation, qui paraît, en outre, en contradiction avec le bien établi d'une action toni-cardiaque très accusée.

L'étude de ce médicament sur le cœur de la grenouille nous a montré, en effet, que cette substance n'était pas, à doses même assez fortes, un poison du cœur, mais, au contraire, pouvait être considérée comme un tonique de cet organe. On voit, en effet, chez ces animaux, le nombre des contractions cardiaques diminuer dans une assez forte proportion, mais l'énergie des systoles et l'amplitude des diastoles augmentent de plus du double, tout en restant toujours régulières. Ce n'est qu'à des doses toxiques mortelles, qu'après cette période, on voit survenir un ralentissement progressif, des intermittences, de la diminution d'énergie, et finalement l'arrêt en systole avec contracture du myocarde.

L'étude de la contraction musculaire chez la grenouille et les divers animaux, nous a montré qu'à la suite de l'intoxication, il se produisait un affaiblissement progressif, puis la perte de l'excitabilité des nerfs moteurs, et qu'en même temps on pouvait constater une disparition, également progressive, de la contractilité musculaire.

Appliquée localement sur un nerf moteur, la stovaïne en solution à 4 0/0 abolit, au bout d'un certain temps, les propriétés conductrices du nerf qui devient inexcitable. Si on le lave avec une solution tiède de sérum physiologique, ses propriétés reviennent lentement. Cette section physiologique du nerf est beaucoup moins nette qu'avec la cocaïne.

Ces divers résultats nous ont conduit à penser qu'en dehors de son action centrale sur le système nerveux, cette substance devait posséder une action inhibitrice sur les diverses cellules vivantes avec lesquelles on les met en contact. Elle doit évidemment posséder une influence retardante considérable sur la nutrition, et l'abaissement thermique constaté chez certains animaux n'est pas seulement d'origine nerveuse. Les expériences actuellement en cours ne nous permettent pas de donner à ce sujet une conclusion ferme. Cependant les propriétés antiseptiques remarquables que nous lui avons trouvées tendent également à justifier cette conception.

Voici en effet le résumé des quelques expériences effectuées à ce sujet.

Actions bactéricides de la stovaïne. — A. *Eaux extrêmement chargées de germes de toutes espèces.* — Tous les germes sont tués dans les conditions suivantes :

DOSES	DURÉE DU CONTACT
20 p. 100	instantanément
25 p. 1.000	après 5 minutes
10 —	— 30 —
5 —	— 2 h. 30
1 —	— 24 heures

B. *Cultures pures en bouillon ordinaire, après vingt-quatre heures à l'étude.* — *B.* Charbon n'est pas tué après trente-six heures de contact avec 25 p. 1.000 de stovaïne. — Staphylococcus pyogenes aureus n'est pas tué après trente-six heures de contact avec 15 p. 1.000 de stovaïne. — *B.* Coli est tué après trente-six heures de contact avec 15 p. 1.000 de stovaïne. — *B.* Typhique est tué après trente-six heures de contact avec 10 p. 1.000 de stovaïne. — *B.* Diphtérique est tué après trente-six heures de contact avec 5 p. 1.000 de stovaïne. — Aux mêmes doses, une durée de contact de 1 heure est insuffisante.

Le bouillon de bœuf additionné de stovaïne à la dose de 25 p. 1.000 donne un trouble abondant et persistant dû à la précipitation de la stovaïne par le phosphate sodique. On constate, en effet, que l'addition de phosphate de soude à une solution de stovaïne détermine immédiatement la formation d'un trouble laiteux. Ce précipité se dissout dans un grand excès d'eau.

En résumé, la stovaïne peut être classée dans le groupe des analgésiques locaux, et elle possède, en outre, à faible dose, des propriétés antithermiques manifestes.

Elle possède une action analogue à celle de la cocaïne, elle abolit les propriétés vitales des cellules avec lesquelles elle est en contact et agit comme poison du système nerveux central.

Sa toxicité beaucoup plus faible que celle de la cocaïne, son action tonique sur le cœur, son pouvoir analgésique considérable, des propriétés antiseptiques, en font un médicament auquel on peut prédire un bel avenir au point de vue thérapeutique.

TRAITEMENT DES VARICES ET DES PHLÉBITES PAR LE MOUVEMENT

Par le Dr Lucas-Championnière.

La thérapeutique des varices par la marche est inséparable de la grande chirurgie des veines qui a suivi l'avènement de la chirurgie antiseptique. C'est celle-ci en effet qui a permis d'admettre que les veines peuvent être soumises sans inconvénients à tous les traumatismes opératoires et autres que supportent tous les tissus, pourvu qu'on les mette à l'abri des *complications septiques*.

L'antisepsie a permis de faire disparaître le préjugé qui faisait considérer les veines comme intangibles.

Dès ses premières années, j'ai montré comment on pouvait les lier, les sectionner et les réséquer sans inconvénients. Plus récemment, on est venu à extirper des veines même enflammées.

Dès le début j'ai montré que la phlébite et l'embolie n'étaient pas sous la dépendance du traumatisme et du mouvement; et depuis l'année 1878, chirurgien de la Maternité de Cochin, j'ai défendu d'immobiliser les femmes atteintes de phlébites.

L'embolie ne m'a pas parue liée au mouvement.

J'ai montré, par exemple, que les embolies si rares, mais si redoutables au cours du traitement des fractures, ne s'étaient *jamais produites* à propos du mouvement. Les rares cas que j'ai observés de près entre les mains d'autres chirurgiens, comme entre les miennes, ont trait à des fractures absolument *immobilisées et qui n'avaient pas cessé d'être immobilisées*.

J'ai toujours estimé que lors des phlébites, les accidents les plus redoutables, étaient la conséquence du traitement par l'immobilisation, bien plus que la conséquence de la maladie elle-même.

Aussi, ai-je approuvé un travail du Dr Dagron publié il y a deux ans à la Société du deuxième arrondissement, pour démontrer que les phlébites doivent être traitées par une mobilisation méthodique, suivie d'un massage très doux, très mesuré, très progressif.

D'après lui, le danger d'embolie n'existerait que pour les sujets encore en état d'infection aiguë et en proie à une température encore élevée.

Tous ces faits montrent que les veines ne sauraient être soustraites aux lois générales de la vitalité des organes et que le mouvement leur est propice malgré leur difformité.

Aussi, le travail du Dr Marchais nous a paru très digne d'encouragement. Sa méthode consiste à masser très prudemment et à faire marcher les variqueux.

En somme, il pourrait rappeler cette observation ancienne que les conducteurs d'omnibus atteints de varices, souffrent de leurs varices, tandis que les facteurs ruraux atteints de la même difformité la supportent et font de longues courses malgré elle. Comme préliminaire de son traitement, le Dr Marchais recommande au variqueux de ne pas rester debout et immobile.

Il interdit les bas élastiques.

Il fait un massage préalable de quinze à trente jours pour faire tomber la sensibilité du membre et l'infiltration, puis donner du ton aux muscles.

Ceci fait, il traite *par la marche rapide*.

Cette marche doit être faite à une allure minima de cent pas à la minute.

Il la fractionne pour éviter la fatigue, mais il arrivera à une heure, puis deux, puis davantage.

Ces éléments de traitement sont excellents et les observations montrent le parti qu'on en peut tirer.

Il y a longtemps que dans le même sens j'ai conseillé le mouvement méthodique.

Je conseille volontiers l'exercice sous une forme trop négligée : la gymnastique couchée, comme dans la méthode suédoise.

On peut tirer un excellent parti du tricycle et de la bicyclette.

Usage modéré d'une bicyclette très peu multipliée. Ce travail évite la position verticale, ce qui est très heureux.

Il y aurait lieu d'encourager de tous nos efforts une tentative de l'usage du mouvement dans le traitement des varices.

L'expérience moderne nous indique bien qu'il ne nous menace ni de phlébite, ni d'embolie, et il nous arrachera à cette banalité du bas élastique, l'ultime traitement qui n'est que la consécration définitive de l'infirmité pour tant de gens qui pourraient échapper à ses douleurs et à ses complications.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses

Dr LESAGE

Médecin des Hôpitaux.

Traitement de la tuberculose, par le Dr Bassalsy Prim (*Société Médico-Pharmaceutique*, de Barcelone, nov. 1903). — Après une étude historique de la découverte du microbe et des conditions de réceptivité pour la maladie, l'auteur rappelle le fait connu déjà depuis longtemps de l'antagonisme entre l'arthritisme et la tuberculose, le type tuberculisable présentant de l'hypoacidité, l'arthritique de l'hyperacidité.

Dans les toxines, on a découvert deux principes, le caséifiant et le sclérosant; le premier se développe de préférance sur les terrains hypoacides, le second sur les hyperacides.

Dans la thérapeutique de la tuberculose, beaucoup de médecins s'en tiennent à la cure d'air, au repos, à la suralimentation : l'air a une action sur l'acidité du sang; dans les stations basses et stations humides, il y a de la tendance à l'hypoacidité, dans les élevées à l'hyperacidité. Le repos détermine de la phosphaturie: c'est pour cela qu'on recommande aux arthritiques du mouvement pour dépenser les matières minérales et au tuberculeux du repos pour les économiser. La suralimentation produit une augmentation d'azote avantageuse, car il est diminué chez le tuberculeux.

Le traitement doit consister dans l'administration des sérums antitoxique et préventif. On croit aujourd'hui que les injections de tuberculine produisent une plus grande affluence de phagocytes; si l'individu est vigoureux, ce fait est favorable mais s'il est faible une lutte plus active se produit dans laquelle l'organisme succombe s'il y a hypothermie après l'injection c'est que l'organisme est débilité; on supprimera alors ou diminuera la dose. Il faut fortifier l'organisme au moyen de la créosote et des injections de tuberculine.

F. Berini.

Moyens de lutter contre la tuberculose chirurgicale (*Med. Obosr.*, n° 17, 1903). — Le Pr Bobroff divise les moyens thérapeutiques dans la tuberculose chirurgicale en deux catégories.

Dans le processus inflammatoire chronique, sans suppuration ni ramollissement, le repos pour la partie malade et des révulsifs, compresses froides, sacs à l'eau chaude, badigeonnages à l'iode, thermocautères, et dans les cas extrêmes, l'incision.

Lorsqu'il y a suppuration et ramollissement, le mieux c'est d'enlever les tissus mortifiés. Après l'opération, on a recours localement à des préparations iodées qui exercent une action favorable sur les granulations tuberculeuses.

Le pronostic dans la tuberculose chirurgicale se trouve en rapport avec l'état général: lorsque celui-ci s'améliore, le processus local s'améliore également. Il est plus facile d'arriver à ce résultat chez les enfants.

D'après ses observations, l'auteur affirme que le séjour dans la Crimée agit très favorablement sur la tuberculose chirurgicale, surtout si le séjour est prolongé (un an à dix-huit mois); cette action bienfaisante est plus énergique et plus rapide chez les enfants que chez les adultes et les résultats visibles s'observent plus vite chez les premiers : les infiltrations se résorbent, les granulations deviennent plus vivaces, les fistules se referment, l'hématopoïèse et l'état général s'améliorent.

Pendant ces deux dernières années, l'auteur a soumis ses malades à l'action systématique des rayons solaires (les régions malades, recouvertes d'un drap, étaient exposées fréquemment au soleil). Les téguments cutanés se halent rapidement et les infiltrations profondes commencent à se résorber, ce qui s'accompagne quelquefois d'une élévation de température.

L'auteur a constaté que sous l'influence de ce traitement, les infiltrations profondes de la cavité abdominale ont diminué (dans un cas de tuberculose intestinale); en outre, dans un cas de pyélonéphrite chez un enfant de 10 ans, le

traitement par les rayons solaires a donné une guérison complète au bout de six mois.

Bobroff exprime le désir que des sanatoria soient construits au bord de la mer, surtout dans le midi.

J. Roubleff.

Les injections endorachidiennes de sérum spécifique dans l'infection tétanique (*Bull. Soc. Med. di Pavia*, 24-7-1903). — E. Orlandi relate deux cas de tétanos traités par les injections spinales de sérum de Tizzoni : un des malades, chez lequel l'infection était de moyenne gravité s'améliora plus rapidement qu'il n'arrive avec les injections sous-cutanées et intraveineuses de sérum.

Chez l'autre sujet, très gravement atteint, l'injection endodurale de 1.000.000 unités immunisantes n'agit nullement sur l'infection et la malade mourut rapidement. Il s'ensuit, d'après les conclusions de l'auteur, que les injections endodurales ne présentent aucun danger et parfois, dans les cas de médiocre intensité, favorisent et accélèrent les effets du sérum antitoxique. Mais il ne faut pas croire qu'elles puissent éclaircir tous les points douteux et parer à tous les défauts que l'on reproche actuellement au traitement du tétanos par des injections sous-cutanées et intra-veineuses de sérum antitétanique.

A.-L. Percival.

Mode d'action de la cancroïne (*Therap. Monatshefte*, juillet 04). — Perlmann dispose de deux cas dans lesquels la cancroïne d'Adamkiewicz n'a pas donné de résultat curatif. On sait que cette cancroïne est de la neurine ($C_{15}H_{13}NO$), c'est-à-dire un poison pour les jeunes cellules cancéreuses de la périphérie des tumeurs. Il est en conséquence compréhensible que le centre des tumeurs ne soit pas influencé par la cancroïne, mais que parfois on réussisse à détruire toutes les cellules en prolifération et à guérir ainsi une tumeur maligne, en donnant à l'organisme le temps de construire une barrière conjonctive protectrice.

La cancroïne mérite donc d'attirer l'attention, d'autant plus que tout médecin peut prescrire une ordonnance renfermant son principe actif, sans être obligé de se procurer le produit d'A., qui est fort cher. On formulera donc :

Neurine	10 grammes
Acide citrique (pour saturer).....	1 gr. 82
Acide phénique.....	1 gr. 25
Eau distillée.....	27 grammes

Us. Ext. Solution concentrée.

On tâtera la susceptibilité du malade, et on diluera au besoin, pour avoir en tout trois solutions, dont la plus riche en principes actifs correspond à la formule ci dessus.

E. Vogt.

Maladies générales non infectieuses et intoxications

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Le traitement de quelques formes d'anémie, par Nestor Tirard (*The Practionner*, août 1904). — Après avoir passé en revue la plupart des préparations minérales de fer actuellement encore employées, et les inconvénients qui s'attachent à leur emploi, l'auteur montre qu'on est arrivé à essayer des préparations organiques de fer. Pour cela il fallait d'abord déterminer la nature des modifications que subissent les préparations ferrugineuses après leur entrée dans les voies digestives. On n'admet plus la théorie de la transformation en chlorure et en albuminate alcalin. Suivant la théorie de Bunge il y a toujours perte par les excreta d'une certaine quantité de fer contenu dans les aliments.

Beaucoup de tentatives pour employer une préparation de fer véritablement organique, ont échoué. La ferratine introduite par Schmiedeberg ne donne pas de meilleurs résultats que les composée minéraux. Parmi les composés organiques intéressants, l'auteur cite l'ovoferrine ou fer vitellin, sur lequel Coblentz donne les renseignements suivants : l'ovoferrine contient 8 0/0 de fer sous forme de combinaison organique, mais qui n'est pas sous forme de peptone, d'albumose ou de nucléine. Barnes décrit de la façon suivante sa méthode de préparation :

On chauffe pendant une heure à l'autoclave et sous pression à la température de 120° une solution de 10 0/0 d'albumine du sérum avec une solution de 10 0/0 de tartrate de fer ; il se forme un précipité qu'on sépare par filtration. La solution claire est évaporée à la moitié de son volume et mélangée par parties égales à de l'alcool à 95, ce qui produit un précipité brun rouge. Plusieurs heures après, on décante le liquide qui surnage, on recueille le précipité et on le lave plusieurs fois à l'eau et à l'alcool dilué pour enlever les impuretés. On obtient ainsi une poudre brun rouge, contenant 8 0/0 de fer, soluble dans l'eau, inodore et insipide.

Un des traits les plus intéressants de ce nouveau corps, est l'absence de réaction à l'égard de tous les réactifs, du fer minéral ou organique. La substance n'est pas modifiée par l'action de l'acide chlorhydrique dilué, ou par le suc gastrique. C'est peut-être à cette stabilité qu'il faut attribuer l'absence de troubles digestifs et de constipation sous l'influence de cette préparation. Les malades auxquels l'auteur a prescrit l'ovoferrine n'ont éprouvé aucun trouble dyspeptique. Le nombre des observations produites est de huit, insuffisant sans doute pour juger de la valeur du traitement. Cependant, dans la plupart des cas l'hémoglobine augmente très rapidement et l'état général s'améliore.

L. Jumon.

Traitement de la chloro-anémie par les lavements de sang, par le Dr Juan Manuel Mariani (*Gaceta Medica Catalana*, 31 janvier 1904). — L'auteur rapporte plusieurs cas traités par les lavements de sang et dont les résultats ont été très satisfaisants.

Après cinq ou six jours de traitement, les muqueuses commencent à se colorer; cet effet augmente peu à peu et après vingt à trente cinq jours tout vestige d'anémie a disparu : les règles reparaissent dans leur intégrité, les souffles cardiaques s'effacent, les palpitations disparaissent et le bien-être revient.

Ces résultats ne sont pas passagers, de sorte qu'on peut affirmer que la guérison est radicale et permanente, même dans les cas où les malades sont ultérieurement atteints de grippe.

Comment agissent les lavements de sang? Il n'y a pas de doute que c'est par absorption rectale; les malades retiennent parfaitement le sang injecté.

L'augmentation considérable de l'hémoglobine du sang des malades auxquelles on a fait ces injections et l'augmentation bien appréciable des globules fait croire que l'hémoglobine du sang injectée s'absorbe rapidement et en grande quantité.

De toutes façons, ce traitement est supérieur aux ferrugineux et aux autres moyens qu'on emploie pour combattre la chloro-anémie ou les anémies profondes consécutives aux maladies aiguës ou aux hémorragies abondantes.

Dans ces derniers cas, les injections de sérum peuvent éviter le danger du syncope dû à la diminution rapide du contenu liquide du torrent circulatoire, mais elles ne peuvent combattre l'hypoglobulie consécutive, qui est justiciable des lavements de sang.

La technique de ces injections est intéressante; on choisira de préférence le mouton qui est facile à transporter auprès du malade et dont les globules rouges sont très semblables à ceux de l'homme, car le sang conservé par n'importe quel procédé perd sa vitalité; les moutons doivent être robustes et sains.

On recueille le sang dans une cuvette bien propre et flambée; on le défibrine par un des procédés connus et on en remplit une seringue d'étain ou de cristal. La quantité à injecter est à peu près de 300 grammes.

L'auteur n'a jamais vu d'accident consécutif à ces injections.

En résumé, le sang injecté dans l'intestin s'absorbe presque en totalité.

L'inspection des malades démontre d'une manière évidente le rapide soulagement de leur maladie, et l'examen histologique du sang confirme l'observation clinique.

Ce traitement produit des résultats positifs, même dans les cas graves de chloro-anémie et quand les toniques de toute espèce et la vie au grand air n'ont pas donné de résultat.

Il est complètement inefficace dans les anémies symptomatiques des maladies consomptives.

F. Bérini.

Chirurgie générale

Dr Benoit

Ancien interne des hôpitaux

Un procédé opératoire pour la cure de la hernie, par Hogarth Pringle, *The British med. Journal*, 7 mai 1904). — L'A. a pensé à utiliser les tissus crémastériens et les fascias qu'il avait l'habitude de réséquer, et il en est venu à régler l'opération de la manière suivante, pour la hernie *inguinale* : incision faite au-dessus et parallèlement au ligament de Poupart, allant, du pilier interne à l'artère iliaque externe. L'anneau externe et le grand oblique sont mis à nu. 1° On incise alors l'aponévrose de l'oblique depuis le point de jonction des piliers jusqu'à la limite de l'incision cutanée et on dissèque bien le lambeau inférieur, qu'il faut séparer de l'oblique interne et du crémaster jusqu'au ligament de Poupart. 2° On rabat de même un lambeau composé de crémaster et de tous les tissus qu'il recouvre jusqu'au sac. 3° En disséquant le sac pour le séparer du cordon, l'auteur a soin de ne pas le déchirer, ni le réséquer, afin d'établir sur lui une suture continue. Une fois achevée cette suture, il invagine le tout dans l'abdomen immédiatement au-dessus de l'anneau interne où il va proéminer. Il va sans

dire que cette manœuvre, aujourd'hui assez usitée, ne peut s'effectuer qu'avec un sac assez épais. 4° Après avoir écarté le cordon de la plaie, on isole les veines spermatiques et on les divise entre deux ligatures près de l'épididyme, conservant les deux fils liés ensemble pour pouvoir exercer une traction sur eux. 5° A ce moment, on passe une ligature en anse qui accroche le tendon conjoint, en dedans, tout près du muscle droit; deux points suffisent pour l'attirer, en les faisant ressortir à une distance de 1 centim. 1/2 environ; puis, passant en arrière du cordon, on va les enfiler à travers l'arcade de Fallope, non loin de l'épine du pubis. On ne serrera à fond cette suture qu'après avoir passé une série de points de catgut entre l'oblique interne et le ligament de Poupart, afin de bien fermer la paroi postérieure jusqu'à l'issue du cordon spermatique. Un aide tire sur le testicule pour tendre ce cordon. On passe alors trois ou quatre points de suture entre le muscle oblique et le ligament de Poupart pour tendre ce muscle au devant du cordon. 6° Le lambeau crémastérien est tiré en haut et en dedans aussi loin que possible et suturé à la face antérieure de l'oblique interne et de son tendon par dessus le muscle droit par des points profonds et des points superficiels. 7° L'aponévrose du muscle oblique externe est suturée ensuite très exactement; on peut mettre une ligne de suture pour les tissus sous-cutanés et terminer par la suture de la peau.

On remarquera que l'A. se contente de lier les veines spermatiques sans les réséquer. Il pense en effet que leur excision mène fatalement à la division des nerfs du crémaster et à l'atrophie de ses fibres.

Les avantages réclamés par l'auteur du procédé sont les suivants : fermeture de l'orifice interne à la fois complète et très avantageuse, par le sac invaginé puisqu'il se forme un bourrelet saillant à l'intérieur, dont une opération abdominale chez un de ses opérés lui a permis de constater la permanence.

Diminution de volume du cordon, par atrophie des veines supprimées.

Suppression de l'*œdème du scrotum*, souvent cause de récidives.

Ce procédé, par le soin qu'il accorde à la réfection des deux parois antérieure et postérieure du canal, se rapproche du procédé de Bassini. De son côté, Halsted (Johns Hopkins Bulletin août 1903) a publié un procédé dans lequel il enlève le sac, excise les veines et emploie le crémaster à créer une couche additionnelle de tissus; mais il le place à la face postérieure de l'oblique interne, au lieu de l'étaler au devant de lui; cette modification assure une meilleure suture de l'oblique et du ligament de Poupart, qui, faite autrement, viendrait en interférence avec la dernière. En somme, l'A. s'efforce de faire un canal aussi petit que possible au-dessous du bord inférieur du muscle oblique, pour y loger le canal déférent et les éléments du cordon. Partout ailleurs, il consolide et rembourre, en ajoutant aux procédés déjà connus, tels que celui du « bouchon péritonéal », l'addition d'une couche formée du crémaster et des fascias qui l'entourent.

A. Benoit.

Traitement de la coxalgie par le Dr Agustin Van Bannberghen (*Thèse de Madrid*, 1903). — Le processus de la coxalgie abandonné à lui-même se termine par la mort; mais avec un traitement approprié on obtient la guérison complète.

Le traitement doit être expectant pendant les deux premières périodes (granulations et fongosités), obéissant à deux indications que l'auteur considère comme fondamentales, le repos de l'articulation et la bonne position du membre affecté.

Les moyens de remplir ces indications sont l'extension et l'immobilité. Pour obtenir le meilleur résultat possible on doit les associer pour les employer simultanément.

Avec les injections, tant intra qu'extra-articulaires, on obtient très peu de résultats.

On doit continuer le traitement tant que la hanche reste tuméfiée et surtout jusqu'à la complète disparition de la douleur.

L'attitude la plus favorable, pour la jambe malade, est celle de l'extension complète avec un peu de rotation externe.

Il n'y a aucune indication qui justifie les interventions prématurées et leur point de départ doit être la suppuration.

On ne peut établir d'indications à l'avance pour chacune des méthodes opératoires. Quand on est décidé à intervenir, on doit ouvrir l'articulation et après examen des parties malades se décider pour l'intervention qu'on croit la plus favorable, depuis la simple arthrectomie jusqu'à la résection plus compliquée.

Il est d'importance capitale de placer autant de drains qu'il est nécessaire pour empêcher la stagnation des liquides dans l'intérieur de l'articulation.

La guérison obtenue avant la stade de suppuration, par le traitement conservateur, est ordinairement obtenue au prix d'une ankylose osseuse et celle qu'on obtient après la

résection est fibreuse ; la première donne plus de fixité, la seconde une plus grande mobilité.

L'une comme l'autre s'accompagnent d'un raccourcissement variable du membre, plus grand dans la première que dans la seconde.

F. Berini.

L'eau chaude dans les affections chirurgicales (*Sovremen. Terapia*, n° 11, 1903). — Kayevski a obtenu d'excellents résultats par l'eau chaude (50°) dans le traitement des ulcères chroniques de la jambe, des affections purulentes des os, ainsi que les plaies, soit chirurgicales, soit occasionnelles.

L'eau chaude est employée sous forme de compresses et de lavages ; on peut aussi en arroser les parties malades. Le résultat, comme nous le disons plus haut, est toujours excellent; en très peu de temps le processus de suppuration s'arrête, l'ulcère se déterge et la cicatrisation se fait rapidement. Ce résultat est particulièrement important dans les ulcères variqueux dont on connait la résistance à tout traitement.

J. Roubleff.

Maladies des Voies digestives

Dr Soupault

Médecin des hôpitaux

Du choix d'un acide dans la médication stomacale, par Martinet (*La Presse médicale*, 23 juillet 1904). — Le principe de la médication acide une fois admis, à quel agent donnera-t-on la préférence? Les acides organiques, dont un certain nombre résultent justement des fermentations acides que l'on cherche à combattre, seront écartés. Du reste, ils sont en général éliminés à l'état de sels d'ammoniaque, et leur influence peut ainsi devenir nocive au point de vue urinaire.

Parmi les acides minéraux, on doit mentionner spécialement la formule de Coutaret :

Acide sulfurique chimiquement pur	2 gr. 40
Acide nitrique	0 gr. 80
Alcool à 80°	18 gr.

Laisser en contact 48 heures et ajoutez :

Sirop de limons	100 grammes
Eau de fontaine	150 —

Une à trois cuillerées à soupe par jour après le repas dans un demi-verre d'eau ou d'eau rougie.

Mais ces acides minéraux, très forts, sont parfois difficilement supportés, et, comme le sang contient des chlorures et des phosphates alcalins et alcalino-terreux, ils ont pour conséquence la mise en liberté, dans l'organisme, d'une quantité équivalente d'acide chlorhydrique et d'acide phosphorique. On a donc dû chercher d'autres acides, et actuellement, on estime que c'est l'acide phosphorique qui doit être préféré, pour les raisons suivantes: il n'exerce pas, comme l'acide chlorhydrique, d'action inhibitrice sur la sécrétion chlorhydrique; il est neutralisé dans l'intestin et donne naissance à du phosphate de soude, composant normal du sang, et est éliminé, au moins en partie, à l'état de phosphate acide de soude, composant naturel de l'urine et antiseptique urinaire. En outre, c'est un névrosthénique.

L'auteur recommande la formule suivante :

Acide phosphorique officinal	10 grammes
Phosphate acide de soude	20 —
Eau distillée	200 cc.

Une à quatre cuillerées à café dans le verre de boissons de midi et du soir, pendant le repas.

E. Vogt.

Traitement des tumeurs de l'estomac par la radiothérapie, par Doumer et Lemoine (*La médecine moderne*, 21 juin 1904). — Le nombre des cas de tumeurs de l'estomac traitées par les auteurs par la radiothérapie depuis le début de leurs recherches est d'une vingtaine; sur ce nombre, il y a trois guérisons complètes et définitives. Un quatrième malade est en voie de guérison et un cinquième, dont l'amélioration avait été extraordinairement rapide et dont la tumeur avait disparu complètement, eut une rechute qui n'a malheureusement pas pu être soignée. Les autres malades ont vu leur tumeur suivre une marche variable selon les cas.

Il y a donc des formes de tumeurs de l'estomac où le traitement agit et amène une guérison complète, se maintenant au bout d'un an et demi chez plusieurs malades, et d'autres formes où il n'agit que d'une façon incomplète, détruisant la tumeur sur place et n'empêchant pas son extension dans le voisinage ou sa généralisation au loin.

Il est bien difficile, par conséquent, de se rendre compte de la nature des tumeurs qui guérissent, car on manque forcément de renseignements histologiques sur elles, mais il paraît probable qu'elles doivent différer de celles qui ne guérissent pas définitivement. Si on applique à l'estomac les résultats donnés par

le traitement des tumeurs externes de la peau et du sein, on peut émettre une hypothèse.

En effet, les tumeurs d'origine épithéliale, cancroïde, épithélioma, lupus rodens, etc., guérissent avec facilité et pour toujours, tandis que les carcinomes, par exemple, ne disparaissent que localement. Ce sont donc peut-être les tumeurs stomacales d'origine épithéliale, soit primitives, soit développées sur d'anciens ulcères, qui guérissent totalement, tandis que celles du type carcinomateux se généralisent quand même. On pourra objecter que les cas guéris étaient des cas de linite plastique; mais il ne faut pas oublier qu'à l'heure actuelle, la linite est considérée comme une variété de cancer épithélial, et qu'elle amène toujours la mort à sa suite. Par conséquent, même si la radiothérapie ne guérit que la limite, elle n'en rend pas moins de très grands services, puisqu'elle lutte contre une maladie mortelle.

E. Vogt.

Drainage des voies biliaires (*Soc. de Chir.*, 13 juillet 1904). — M. Delagénière (du Mans) a eu à intervenir pour une infection au cours de la lithiase biliaire. Une incision sur le canal hépatique lui permit d'extraire un gros calcul, et introduisant un drain dans le canal hépatique, maintenu ainsi dilaté, il obtint les jours suivants la sortie de beaucoup d'autres calculs de plus petit volume. L'A. préconise donc le drainage direct avec des tubes. M. Hartmann croit que cette pratique n'est pas indispensable, puisque la bile s'écoule toujours librement dans les jours qui suivent l'incision de l'un des canaux collecteurs de la bile.

On peut voir cependant dans le drainage l'avantage de maintenir béant le conduit obstrué et de pouvoir diriger la sécrétion d'une bile infectée loin de la surface de la plaie.

A. Benoit.

L'atropine dans l'occlusion intestinale, par le Dr Esteban Arjo (*La Clinica Moderna*, janvier 1904). — Il y a à peu près deux ans que Batsch a recommandé l'atropine dans le traitement de l'obstruction intestinale.

L'action physiologique de l'atropine sur le tube digestif est bien connue. A petites doses elle produit de la diarrhée, diarrhée qui devient très intense quand on l'administre à dose toxique.

Batsch injecte cinq milligrammes d'atropine dans l'obstruction intestinale, dose nécessaire pour produire l'effet qu'on désire; cette quantité, presque toxique, ne produit pas des phénomènes d'intoxication grave (comme Batsch et l'auteur ont pu s'en assurer) elle fait cesser les vomissements et rétablit le cours des matières.

Mais l'atropine est-elle indiquée dans toutes les obstructions intestinales? Non; quand l'obstruction est produite par coprostase l'atropine pourra donner des bons résultats; quand il existe une bride ou une invagination, la chirurgie seule pourra intervenir utilement.

Si l'absorption de l'atropine est rapide, non moins rapide encore est son élimination; on voit les phénomènes d'intoxication apparaître et disparaître avec la même rapidité. Cinq à dix minutes après l'injection, le malade accuse des vertiges, des hallucinations, des spasmes cloniques des muscles de la face, des tremblements, des troubles visuels (dilatation pupillaire, ambliopie). Ces manifestations sont accompagnées de symptômes généraux; impotence motrice, altération de l'appareil digestif, ataxie respiratoire et cardiaque, etc. Ces symptômes, malgré leur gravité, cessent vite, puis le malade se plaint de douleurs de ventre et au bout de peu de temps une première évacuation apparaît.

Une fois les effets de l'atropine produits, l'auteur recommande les stimulants généraux et les diurétiques.

L'auteur termine par ces conclusions :

Quand l'obstruction est due à une cause interne ou intrinsèque, l'atropine est indiquée : elle est, chez les adultes, moins dangereuse que le lavement gazeux.

On ne doit pas faire chez le même malade plusieurs injections d'atropine : celles-ci sont contre-indiquées chez les enfants.

F. Berini.

Traitement du météorisme consécutif aux opérations abdominales, par A. P. Condon (*Therapeut. Gazette*, 15 juillet 1904). — A l'état normal, l'estomac et l'intestin contiennent toujours une certaine quantité de gaz provoqués par les fermentations. Au point de vue étiologique, le météorisme peut être classé sous deux chefs : il peut y avoir production exagérée de gaz par suite, par exemple, d'une alimentation trop riche en hydrate de carbone, d'autre fois la tympanite peut résulter de l'expulsion défectueuse des gaz par suite de l'affaiblissement des tuniques musculaires de l'estomac et de l'intestin ou de la paroi abdominale. L'auteur distingue quatre classes au point de vue clinique : les cas qui relèvent de l'hystérie et de l'hypochondrie, ceux qui sont dus à une inflammation de la muqueuse, gastrite, entérite, fièvre typhoïde, une troisième classe comprend le météorisme observé au cours des maladies infectieuses, scarlatine, rougeole, pneumonie, enfin il y a le météorisme d'origine traumatique ou post-opératoire.

Le météorisme qui survient après la laparatomie est une complication dangereuse par elle-même. Le fait même de l'opération peut être une cause de météorisme. La manipulation des intestins, l'épanchement de liquide dans la cavité péritonéale, le choc de l'anesthésie et l'infection sont autant de causes qui tendent à produire une paralysie vasomotrice. Le météorisme qui succède à la laparotomie apparaît de quelques heures après l'opération. Sa production est lente ou brusque ; il peut être limité à une partie des voies digestives ; le gros intestin est plus souvent pris que l'intestin grêle.

L'auteur a observé assez souvent le météorisme à la suite de ses laparotomies. Supposant que cet accident est dû à la diminution du tonus musculaire qui succède à la parésie vasomotrice et sachant que l'ergot est un des meilleurs médicaments pour rétablir la contractilité des muscles lisses, il a commencé à employer l'ergot en injections hypodermiques. Le médicament agit toujours rapidement, mais l'injection est irritante et douloureuse. L'auteur conseille de commencer par une injection d'une solution faible de cocaïne. Cette précaution naturellement n'est pas nécessaire lorsqu'on peut se procurer de l'ergotine non irritante, ce qui est facile aujourd'hui. L'effet de l'injection est de prévenir le météorisme et même de diminuer les nausées et les vomissements post-opératoires, le choc est généralement moins marqué. L'injection, autant que possible, est faite vingt-quatre heures avant l'opération, on la renouvelle toutes les huit heures pendant quatre jours. Condon recommande aussi de donner 0 gr. 60 de bétanaphtol et 0 gr. 60 de salol la nuit qui précède l'opération afin de prévenir les fermentations intestinales.

S'il est nécessaire, on fait une injection de morphine pour calmer la douleur et l'agitation.

Lorsque le météorisme s'est développé, on peut employer à la fois l'ergot et l'adrénaline. Un médicament qui a été employé avec succès est le salicylate de physostigmine en injection sous-cutanée. Meszkowicz le vante dans l'ileus paralytique post-opératoire. Dans deux cas, les symptômes dangereux ont disparu par ce traitement. Le médicament agit, comme le camphre, pour relever l'action cardiaque défaillante. Dans le traitement des cas de ce genre, il ne faut pas oublier les lavements de térébenthine et l'emploi d'une longue sonde rectale.

On a aussi un excellent agent thérapeutique dans le lavement électrique, employé chez nous depuis longtemps dans les cas d'obstruction.

L. Jumon.

Traitement des rétrécissements syphilitiques du rectum (*Société de chirurgie* séances des 6 et 13 juillet 1904). — M. Quénu, après avoir étudié de nombreux cas graves de rétrécissements syphilitiques du rectum exprime l'avis que l'anus artificiel est le traitement de choix. Cet anus doit être permanent, ce qui est bien pénible. Il pense qu'on doit conserver le bout inférieur pour y faire des lavages pendant un temps déterminé, au bout duquel, après fermeture, on peut espérer la réduction du rectum à la dimension d'un canal fibreux très étroit, si mieux l'on n'aime en faire l'ablation.

Ceci concerne les cas graves et inopérables. Nous pensons cependant que c'est l'exception, et qu'on peut traiter cette affection comme on traite les tumeurs. M. Quénu a du reste lui-même pratiqué l'extirpation périnéale du boyau rectal rétréci, attiré le reste de l'intestin en bas et obtenu l'abouchement à la peau de la région anale.

M. Lejars, à son tour, annonce qu'il a pu extirper le segment rétréci, avec une grande facilité par la *voie vaginale*. En incisant la muqueuse vaginale de façon à former deux volets latéraux, il a pu énucléer le rectum, l'attirer en avant et le sectionner, pour terminer de la même façon par la fixation du bout supérieur abaissé à la peau de l'anus.

A. Benoit.

Appareil pulmonaire
Cœur et Vaisseaux

Dr G. LYON

Ex-chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Cas d'hypotension d'origine cardiaque amélioré par l'hydrothérapie, par le Dr Pariset (*Journal de physiothérapie*, 15 juillet 1904). — Avec observation à l'appui, l'auteur montre que la douche entre les mains d'un médecin expérimenté peut être variée, nuancée, dosée en quelque sorte selon la susceptibilité de chaque malade, grâce à la combinaison de trois facteurs : la température, la durée et la percussion de la douche. Beaucoup de médecins cependant considèrent la douche comme un moyen dangereux dans les affections cardiovasculaires.

Dans l'observation relatée, il s'agit d'un jeune homme de 24 ans, qui, à la suite de surmenage physique, eut des palpitations, de l'essoufflement, de la dyspnée d'effort. Ces symptômes s'aggravèrent et s'accrurent même de crachements hémoptoïques. En réalité, le

malade paraît avoir le cœur dilaté. La tension sanguine est faible, il y a une légère amélioration cardiaque. La stase sanguine n'est pas encore réalisée, elle n'est encore qu'à l'état de menace chez ce malade qui semble devoir évoluer, au bout d'un temps plus ou moins long, vers l'asystolie cardio-pulmonaire ou cardio-rénale.

L'indication thérapeutique ici est d'aider le cœur, en activant la circulation générale; d'agir sur le cœur périphérique pour lever l'obstacle plutôt que pour le forcer. Pour cela, on commence par une douche à 33° de 40 secondes, avec percussion moyenne, débutant par la plante des pieds pour s'étendre ensuite au dos jusqu'à la partie moyenne des omoplates, aux membres inférieurs, en évitant la partie inférieure du thorax, et notamment la région précordiale. Le malade n'eut jamais de dyspnée. La pression remonta legèrement et le nombre des pulsations diminua. Le frottement systolique était notablement moindre. L'état du malade continua à s'améliorer. On a admis, d'après Huchard, que la douche tempérée est hypotensive; mais, comme le fait remarquer l'auteur, il ne faut pas considérer seulement le procédé, mais aussi le malade auquel il s'adresse. La douche tempérée est hypotensive chez les hypertendus. Il faut, en hydrothérapie, considérer la réaction du malade, c'est-à-dire les aptitudes de ses vaso-moteurs. Du reste, l'élévation définitive de la pression artérielle a été obtenue par l'emploi progressif de l'eau froide.

De cette observation, l'auteur tire les conclusions suivantes :

« Les indications de l'hydrothérapie dans les affections cardio-vasculaires, sont plus fréquentes qu'on ne l'admet. Pour les établir, il est nécessaire de connaître le plus complètement possible la mécanique circulatoire du malade, la pression artérielle, l'état de ses vaso-moteurs. Lorsqu'elle est indiquée, la douche, par les combinaisons diverses de ses éléments : température, percussion, durée (avec le coefficient d'habileté du médecin qui l'applique), se prête à toutes les éventualités. »

L. Jumon.

Sur l'emploi de la morphine chez les cardiaques, par K. Grassmann (*Munch. med. W.*, 13 juillet 1904.) — On n'est nullement autorisé, d'après l'auteur, à considérer la morphine comme un poison du cœur lorsqu'on observe les doses thérapeutiques ordinaires, il n'y a donc pas lieu de rejeter en principe l'usage de la morphine chez les cardiaques. Les cas de mort subite, qui surviennent à l'occasion chez les cardiaques adonnés à la morphine, doivent en général être placés sur la même ligne que ceux qui se produisent par suite de la paralysie cardiaque dans des chloroformisations qui sont cependant parfaitement conduites. Leur cause reste encore obscure. L'emploi de la morphine dans l'asthénie cardiaque et les cardiopathies exige de la prudence chez les malades qui présentent des affections pulmonaires, surtout aiguës, ou qui sont atteints d'un processus endocardique et myocardique à l'état d'acuité. Dans les troubles cardiaques purement nerveux, surtout dans l'angine de poitrine non organique, on peut sans danger donner de la morphine et restant dans les indications générales. Dans l'angine de poitrine à base organique, dans la sténocardie, de petites doses de morphine sont permises ou même indiquées. La morphine paraît absolument indiquée comme médicament d'urgence dans les accès graves d'asthme cardiaque.

L'emploi, dans la dyspnée chronique des cardiaques qui ne sont pas alités, doit être assez réservé.

La morphine joue un rôle préparatoire, comparable à l'ingestion pratiquée avant l'anesthésie, dans le traitement par la digitale, chez les cardiaques qui sont très excités, déprimés et ne dorment pas. Dans ces cas, la morphine répond directement à une indication causale.

L. Jumon.

Maladies du système nerveux

Dr P. Sainton

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine.

Observations sur le traitement de la neurasthénie, par Ch. W. Buckley (*The Practitionner*, août 1904). — Bien que la neurasthénie soit suffisamment connue dans ses grandes lignes, le traitement est loin d'être satisfaisant. Les cas peuvent être divisés en trois groupes au point de vue de l'étiologie : ceux qui sont d'origine traumatique, ceux qui relèvent de l'épuisement nerveux, et ceux qui dépendent d'une nutrition défectueuse, d'une toxémie, etc. Les deux dernières catégories fournissent le plus grand nombre de cas.

Les méthodes de traitement peuvent être divisées en cinq groupes. Le premier comprend le repos et les conditions hygiéniques qui sont bien connues. En second lieu, il faut

examiner tous les organes au point de vue de leurs fonctions afin de remédier aux troubles que l'on constate. Les troubles fonctionnels du cœur ne sont pas rares, mais dépendent plutôt d'un trouble réflexe, du rein flottant, de troubles gastro-intestinaux, de dents cariées, etc. Les troubles des viscères abdominaux sont extrêmement communs, qu'ils soient cause ou effet. Le rein flottant est la règle chez les sujets anémiques et maigres. Si la ptose est modérée, la maladie guérit automatiquement par l'augmentation du tissu adipeux l'amélioration générale de la nutrition. Si l'on a pendant un certain temps employé le traitements de douceur sans résultat pour combattre les ptoses, on peut être autorisé à recourir au traitement chirurgical.

Les troubles digestifs sont souvent prédominants et peuvent n'être que le résultat de l'innervation troublée. Il en résulte des troubles graves de la nutrition et surtout une auto-intoxication provenant des fermentations intestinales. Le traitement doit donc être surtout dirigé contre l'intestin. La constipation doit être combattue par le régime et le massage sans les médicaments qu'on doit éviter. On apportera une certaine attention aux dents cariées, aux affections septiques de la bouche et du nez, à la présence des hémorroïdes qui sont une cause d'hémorragie. En troisième lieu, on recherchera l'état du système vasomoteur. Certains neurasthéniques ont une tension vasculaire élevée, d'autres gravement atteints ont une tension très abaissée. Dans ce dernier cas la position couchée s'impose, car elle améliore les conditions circulatoires du système nerveux. On pourra même prescrire le repos pendant plusieurs semaines. L'hydrothérapie est ensuite le meilleur moyen d'agir favorablement sur le système vaso-moteur. Comme moyen sédatif, il faut recourir aux applications mouillées tièdes.

Le massage exerce une action importante sur le système vaso-moteur et sur la nutrition générale ; il ne faut pas cependant l'appliquer sans discernement. Pour Oliver, l'effleurage et la percussion sont un bon moyen de relever la pression sanguine en agissant sur les vaisseaux et nerfs superficiels. Le pétrissage diminue les engorgements abdominaux.

L'auteur n'oublie pas l'électricité qui agit puissamment sur l'imagination du malade. Le galvanisme est souvent utile sous forme de de bain électrique ou appliquée sur le système nerveux central et sur l'abdomen. Les courants sinusoïdaux ont cependant une action plus marquée. La faradisation est un bon stimulant pour les nerfs cutanés et la nutrition des organes profonds.

La quatrième indication est de réparer le système nerveux par un régime d'une digestion facile, ne donnant pas lieu à des fermentations intestinales, et riche en phosphore ou produits phosphorés. L'auteur n'a pas obtenu de bons résultats des hypophosphites ; il préfère de beaucoup les glycéro-phosphates et la lécithine. Mais si les organes digestifs sont en bon état, il suffira de donner des aliments riches en phosphore.

Enfin le dernier point de traitement est de remédier à certains symptômes, tels que la céphalalgie et l'insomnie. Ici encore il faut donner la préférence aux agents physiques sur les médicaments.

Les toniques qui contiennent la strychnine ne sont que des stimulants, on doit les donner à petites doses. L'arsenic est utile dans certaines formes gastriques, les bromures doivent autant que possible être évités ; la valériane est un bon médicament, mais d'effet passager. En cas de paralysie vasomotrice on peut recourir avec avantage à la médication par l'extrait surrénal.

L. Jumon.

Traitement des névralgies par l'ion salicylique (*Arch. d'él. méd.* 10 juin 1904). — Dans beaucoup de cas, on peut considérer à la névralgie une cause double : 1° une cause primaire transitoire, le choc, l'agent infectieux ou toxique ; 2° une cause secondaire persistante : l'altération anatomique produite par la cause primaire.

Le courant électrique, appliqué aux névralgies, peut constituer à lui seul le traitement symptomatique et causal.

Depuis plusieurs années, l'auteur combat le symptôme douleur, lorsque surtout son siège est superficiel, par l'ion salicylique introduit électrolytiquement.

Parmi les observations, une est particulièrement instructive, l'action analgésique du traitement électrique s'y montre avec une netteté qui ne laisse rien à désirer, elle se montre supérieure à celle de tous les analgésiques connus ; seule la morphine en injections sous-cutanées peut rivaliser avec elle pour calmer la douleur, mais par les dangers terribles du morphinisme, et par le fait que le courant électrique est curatif en même temps qu'analgésique, celui-ci conserve, avec une grande supériorité, le premier rang.

Il s'agit d'une névralgie sus-orbitaire ayant résisté à tous les traitements depuis un an.

Le 7 mai, une grande anode était appliquée sur l'une des cuisses : sur l'œil gauche un tam-

pon de coton hydrophile imprégné d'une solution à 2 0/0 de salicylate de soude, par-dessus une compresse de huit épaisseurs d'un tissu de coton hydrophile imprégnée de la même solution, et recouvrant toute la région douloureuse, tout le territoire de la branche ophtalmique; on établit progressivemant en quatre minutes environ, un courant de 20 mA., qui passe pendant une demi-heure ; la journée du 8 mai a été bonne, mais, vers une heure du matin, le malade a eu un violent accès et a dû recourir à l'injection de morphine. Le 9 mai, seconde séance identique à la première, suivie de trente-six heures sans souffrance, et d'un violent accès après ces trente-six heures.

Après une série d'applications, d'abord biquotidiennes, puis quotidiennes, le malade est rétabli. Il continue son traitement qu'il fait lui-même, par mesure de prudence.

L'action analgésique est attribuable à l'introduction de l'ion salicylique : il est un des mieux tolérés par la peau ; sous une cathode de salicylate de sodium, le passage d'un courant de 2 mA. par centimètre carré d'électrode, pendant dix minutes, produit une réaction à peine marquée : une légère cautérisation de chaque orifice glandulaire, il se forme de petites pellicules, qui se desquament aprés quinze jours environ. D'autres ions, avec une bien moins grande quantité d'électricité, détruisent entièrement la peau et les tissus. L'ion salicylique ne produit aucun changement de la sensibilité normale.

E. Vogt.

Le traitement du coma, par Fiessinger (*Journal des praticiens*, 9 juillet 1904). — Dans les affections méningitiques compliquées de coma, la ponction lombaire donne d'excellents résultats. Les comas dépendant de l'hémorragie méningée ou cérébrale, du ramollissement, seront traités par les méthodes usuelles ; on se montrera prudent dans l'emploi des émissions sanguines et on s'en abstiendra si le diagnostic de ramollissement s'impose : si ce dernier dépend de l'artérite syphilitique, on instituera de suite le traitement spécifique.

Pour éviter le coma de la grippe ou de la manie aiguë, les bains tièdes de 35 à 36° (15 minutes toutes les trois heures dans la grippe : 1 à 2 h. matin et soir dans la manie) sont indiqués.

Dans le coma par insolation, on prescrira la vessie de glace sur la tête, une saignée de 400 grammes, et des drastiques énergiques.

Dans le coma provoqué par un froid intense, on fera des frictions avec de la neige ou de l'eau froide, on donnera des boissons fraîches. Ce n'est que quelque temps après le retour à la vie qu'on pourra user des boissons chaudes. chauffer la chambre et bien couvrir le malade.

Le traitement du coma diabétique est purement prophylactique : le bicarbonate de soude à hautes doses n'a donné aucun résultat.

Le coma au cours des maladies infectieuses exige un traitement variable : pour le coma rhumatismal, on dispose aujourd'hui des injections intra-veineuses de salicylate de soude (0 gr. 20 à 0 gr. 40), et des bains froids. Du reste, la balnéothérapie, sous ses diverses formes, bain chaud, frais, froid, constitue un excellent procédé prophylactique et curatif des poussées comateuses au cours des affections infectieuses.

E. Vogt.

Traitement des troubles du langage chez les hémiplégiques (*Réunion des médecins de la Province rhénane, Kreuznach*, 29 mai 1904). — Erlenmeyer considère que le traitement jusqu'ici recommandé, consistant à partir des mots conservés pour faire faire avec eux des exercices de langage et d'écriture, est irrationnel, car on ne saurait rendre à la vie des cellules cérébrales détruites. Mieux vaudrait suivre une voie tout à fait différente. Chez tout droitier, il existe dans l'hémisphère droit des cellules capables de devenir un centre du langage ; ces cellules manquent toutefois d'exercice et constituent un centre latent. C'est ce centre qu'il faut éduquer, en condamnant au repos le centre lésé.

L'orateur recommande en conséquence d'exercer la main gauche par des mouvements en miroir (comparés à ceux de la main droite). L'écriture sera aussi en miroir, et le malade parlera aussi peu que possible, jusqu'au moment où le centre droit aura trouvé ses fonctions.

E. Vogt.

Régime hypochloruré, au cours du traitement bromique de l'épilepsie, par L. Cappelletti l'A. D'Ormea (*R. Stamperia Compitelli-Foligno*, mars 1904). — Les auteurs à la suite d'expériences comparatives sur des malades, soumis à un régime ordinaire et à un régime déchloruré et recevant les mêmes doses de bromure, ont reconnu que le régime déchloruré, associé au traitement bromique, exerce une action utile et sûre, sur le nombre, l'intensité et la durée des crises, qui peuvent même complétement cesser. Pendant ce traitement, les doses des bromures peuvent être progressivement abaissées jusqu'à des quantités minimes.

Les effets de la diète déchlorurée ne persistent pas complétement quand on revient au régime ordinaire, mais leur action s'exerce en-

core pendant un certain temps : il suffit en conséquence de reprendre cette diète de temps en temps. Le régime hypochloruré présente aussi des avantages, mais ils sont moindres ; on doit le considérer comme un traitement intermédiaire, mais non comme méthode fondamentale de traitement.

La diète déchlorurée, spécialement si on y recourt périodiquement, n'a pas d'action dangereuse sur l'organisme.

A.-L. Percival.

Quelques faits relatifs à l'action thérapeutique du radium (*Académie de médecine*, 26 juillet 1904). — Le Pr Raymond et le Dr A. Zimmern apportent une intéressante contribution à l'étude des effets thérapeutiques du radium. Ils exposent le résultat de recherches qu'ils ont entreprises sur l'action analgésique de ce sel à l'état pur dans les affections du système nerveux.

C'est particulièrement chez les tabétiques que ces auteurs ont constaté une action profonde sur l'élément douleur. Une série de malades atteints de douleurs variées bien localisées (douleurs fulgurantes, crises gastriques, etc.) ont été rapidement améliorés et soulagés au bout de quelques séances.

Aussi, MM. Raymond et Zimmern ont-ils eu l'idée d'appliquer dans le même but la thérapeutique par les rayons X à ces mêmes malades, et jusqu'à présent les résultats qu'ils ont obtenus sont venus confirmer leurs espérances.

R. Blondel.

Maladies du Larynx du Nez et des Oreilles

Dr Courtade

Ancien interne des hôpitaux.

Du traitement de la rhinite atrophique par les injections interstitielles de paraffine, par Baratoux (*Progrès méd.*, juillet 1904). — Après avoir fait l'historique de la question et exposé la technique suivie par les auteurs qui ont employé cette méthode, M. Baratoux indique les résultats de sa propre expérience. Il se sert d'une paraffine dont le point de fusion est d'environ 50°, et il n'en injecte que 1 cc. à chaque séance pour éviter toute complication.

Il emploie une seringue de Roux, à piston de caoutchouc ou d'amiante ; l'aiguille a de 8 à 10 centimètres de long et sa pointe est à biseau court ; elle se fixe au corps de la seringue, soit par une vis, soit par simple pression ; ce dernier ajustage présente l'avantage de laisser fuir la paraffine quand la résistance des tissus à la pénétration du liquide est trop grande.

Plusieurs jours avant l'opération, le malade a fait l'antisepsie de sa fosse nasale par des injections alcalines, des insufflations d'acide borique et une pommade antiseptique qui empêche la formation des croûtes.

L'anesthésie locale du cornet est assurée par des badigeonnages avec une solution de cocaïne au 1/10e ; on pratique l'asepsie de la seringue et la fusion de la paraffine dans une étuve à eau.

La seringue est remplie de paraffine liquéfiée, l'aiguille ajustée et remplie d'eau pour éviter son obstruction par le produit qui s'y solidifie ; l'aiguille est alors enfoncée dans la partie la plus reculée du cornet, entre la muqueuse et l'os, et l'injection est faite lentement et d'une poussée continue ; il faut laisser l'aiguille en place encore 10 secondes pour laisser la paraffine se solidifier dans les tissus et l'empêcher de sortir par le trou de l'aiguille.

Dans la même semaine on peut faire une injection dans chacune des narines. Si la muqueuse du cornet est trop atrophiée ou trop adhérente pour espérer de la soulever, il faut pratiquer l'injection dans la cloison ou le plancher de la fosse nasale.

Il faut attendre 3 à 4 semaines pour renouveler l'injection dans le cornet si la première n'a pas suffi.

Après l'intervention, il faut appliquer une compresse d'eau froide sur le nez et la joue.

M. Broeckaert a examiné une parcelle de muqueuse, injectée 10 mois avant avec de la paraffine à 45°. Il a constaté que la paraffine est divisée en un grand nombre de petits blocs distincts, séparés par du tissu conjonctif de néo-formation.

A. Courtade.

Traitement des bourdonnements d'oreille, par l'effluve de haute fréquence, par H. Marquès (*Arch. d'électricité médic.*, juillet 1904. — En 1902, Denoyès avait expérimenté ce mode de traitement sur 5 malades et avait obtenu de bons résultats. M. Marquès, sur les conseils de M. Imbert, a eu recours aussi à ce mode de traitement sur une série de malades affectés de bourdonnements.

Sur 8 malades, le résultat a été nul chez deux malades qui avaient eu de l'otite suppurée ; les autres cas se rapportent à l'otite scléreuse qui donne lieu à des bruits subjectifs persistants et tenaces.

Les bourdonnements ont diminué vers la 6e ou 10e séance; la durée de l'amélioration, d'abord très courte, s'allonge à mesure que les séances d'électrisation se poursuivent; 2 malades ont cessé le traitement après 12 séances sans avoir retiré une grande amélioration. Chez ces 4 autres malades, le nombre des séances a varié de 30 à 60 environ; malgré une rechute passagère, vers la 20e séance, les malades accusent une amélioration considérable et même la cessation complète des bourdonnements chez l'un d'eux. Le malade de l'observation III, qui avait subi 26 séances d'effluve, a présenté une rechute un mois après la cessation du traitement.

Dans aucun cas l'ouïe n'a été améliorée.

La technique, exposée par M. Denoyès, est la suivante : « Un excitateur constitué par un balai de fils métalliques fins, reliés à un résonnateur d'Oudin (premier modèle), était promené au-devant de l'apophyse mastoïde et en avant du conduit auditif externe, pendant 5 ou 10 minutes. Durant la majeure partie de la séance de traitement, l'excitateur était tenu à une distance suffisamment grande pour n'obtenir que l'effluve; mais à la fin de chaque séance, on rapprochait l'excitateur de façon à obtenir quelques étincelles. La sensation de chaleur provoquée, par ces applications était notablement diminuée lorsqu'elle était désagréable aux malades, en enfermant le balai de fils métalliques dans un tube de verre ».

M. Marquès s'est contenté de promener, au devant de l'apophyse mastoïde, l'excitateur enfermé dans un tube de verre, durant 5 à 10 minutes.

A. Courtade.

Traitement de la furonculose de l'oreille (*Fortschr. d. Medizin*, n° 2, 1904). — Haug remarque en premier lieu, au point de vue prophylactique, que la furonculose auriculaire atteint de préférence les sujets qui introduisent trop fréquemment des instruments divers dans le canal auriculaire, dans le but de le nettoyer : ces instruments sont loin de satisfaire aux exigences de l'antisepsie. Les lavages fréquents, en macérant l'épithélium du canal, produisent les mêmes effets.

Une fois le furoncle en voie d'évolution, on ne devra pas le combattre au moyen de solutions aqueusee : des pommades à base d'oxyde de zinc, d'acide phénique, de menthol, rendront de meilleurs services.

On prescrira, par exemple :

Menthol	2 gr. 5
Anesthésine	0 gr. 5
Huile de vaseline	ãã 25 grammes.
Glycérine	

Us. ext. Imbiber une mèche de gaze qu'on introduira dans l'oreille externe.

Les furoncles plus avancés seront combattus par des applications d'alcool à 50°, ou des instillations d'alcool absolu. Il ne faut pas trop se presser pour inciser le furoncle : il faut que le bourbillon puisse être aisément extrait.

Dans cette période, les douleurs vives seront combattues par le topique suivant, dont on imbibera des mèches de gaze :

Cocaïne	0 gr. 2 à 1 gr.
Résorcine	0 gr. 5
Eau distillée	ãã 10 grammes.
Glycérine	
Alcool	

Us. ext.

Pour éviter les récidives, on fera pendant 15 à 20 jours un bain d'oreille de 15 minutes de durée par jour : on se servira de solutions alcooliques ou instillations :

Acide salicylique	0 gr. 2
Acide borique	10 grammes.
Alcool absolu	ãã 50 grammes.
Eau distillée	

Us. ext. Instiller jusqu'à ce que le canal soit rempli.

Cette solution provoquera une desquamation épithéliale : il est bon d'obtenir 2 ou 3 fois cette desquamation avant de cesser le traitement. Au cours des 3 mois suivants, on fera encore, une fois par semaine, des instillations de ce genre,

E. Vogt.

Ophtalmologie.

Dr Darier

Ancien Président de la Société d'ophtalmologie

Les manifestations oculaires de la syphilis et leur traitement, par H. Walther Jessop (*The Practitionner*, juillet 1904). — Il y a des formes acquises et héréditaires; les premières peuvent être distinguées en primitive, secondaires et tertiaires.

Les manifestations oculaires de la syphilis ont beaucoup diminué de gravité depuis ces vingt dernières années. L'iritis est relativement rare et l'on ne rencontre presque plus la forme grave caractérisée par l'effusion profuse de lymphe. Il en est de même de la choroïdite.

Les affections syphilitiques de l'œil appartiennent généralement aux périodes secondaire et tertiaire, comme la rétino-choroïdite,

avec opacité dans le corps vitré, les lésions du nerf optique, la paralysie des muscles extrinsèques et intrinsèques de l'œil, etc.

Le chancre est rare, il peut siéger sur les paupières ou la conjonctive; en général, le diagnostic reste incertain jusqu'à l'apparition des symptômes secondaires.

Dans la période secondaire, l'iritis et le choroïdite sont les affections les plus communes; elles surviennent de 2 à 9 mois après l'infection.

Parmi les manifestations tertiaires, on note la rétinite pigmentaire, la choroïdo-rétinite, l'iridocyclite, l'atrophie du nerf optique, le papillo-rétinite, la papillite secondaire aux gommes cérébrales, à la nécrose de l'orbite, la kératite parenchymateuse, l'ulcération des paupières, la périostite, la paralysie des muscles.

Dans la syphilis héréditaire, la kératite parenchymateuse ou interstitielle est la lésion la plus fréquente. Les deux yeux sont affectés en même temps, en général entre 6 et 15 ans. Il y a une tendance à la choroïdite, à l'iritis, et les récidives sont fréquentes.

Le traitement des affections syphilitiques de l'œil est général et local.

Le traitement général dans la syphilis acquise consiste à administrer le mercure, sauf quelquefois dans les manifestations tertiaires tardives où l'iodure de potassium peut être employé avec ou sans mercure.

Les méthodes d'administration sont les frictions, les injections hypodermiques, les injections intra-veineuses, les injections sous-conjonctivales, les fumigations et les préparations qu'on prend par la bouche.

L'auteur considère les frictions, en combinaison avec les bains, comme la méthode la plus satisfaisante, et fait faire tous les soirs pendant une semaine sur les aines, l'aisselle, le côté de la flexion du coude, du genou, une friction de 1 gramme 1/2 à 3 grammes d'onguent hydrargyrique. On fait en même temps une friction tous les soirs, au-dessus du sourcil de l'œil affecté, avec de l'onguent de force moindre.

Quant aux injections hypodermiques, c'est le cyanure de mercure associé au chlorhydrate de cocaïne qui donne les meilleurs résultats. Le sel mercuriel reste soluble et est rapidement absorbé.

L'auteur rappelle les injections intra-veineuses de cyanure de mercure, recommandées par Darier, mais il n'en a pas lui-même une expérience personnelle. C'est encore le cyanure de mercure que l'auteur recommande si l'on veut faire des injections sous-conjonctivales, en redoublant de précautions au point de vue antiseptique. Dans la kératite interstitielle, l'injection sous-conjonctivale de 6 gouttes environ d'une solution de chlorure de sodium (5 0/0) est souvent suivie d'une amélioration marquée. Les injections intra-oculaires ont été employées dans quelques cas graves d'iridocyclite, etc.

Lorsque, pour une raison ou pour une autre, le traitement mercuriel ne peut être effectué par des frictions, des injections sous-cutanées ou intra-veineuses, on administre des pilules de mercure et de craie, la solution de bichlorure associée au perchlorure de fer s'il y a de la cachexie, des pilule d'iodure de mercure ou de calomel. On doit suspendre le traitement dès que surviennent des symptômes d'irritation ou d'intoxication.

Le traitement local varie suivant la partie de l'œil affectée. Dans l'iritis, on se sert de l'atropine pour éviter les synéchies. L'usage de la cocaïne 3 minutes après l'application de l'atropine, augmente l'effet mydriatique. La duboisine, la daturine, l'hyoscine sont employées lorsqu'on ne peut se servir de l'atropine par suite de l'idiosyncrasie du malade. Le globe oculaire doit être maintenu au repos par un pansement solide qui empêchera en même temps l'œil d'être exposé à de trop grands changements de lumière.

La congestion vasculaire et la douleur peuvent être combattues par des sangsues sur la région temporale. La dionine produit un soulagement marqué de la douleur, sous forme d'instillation d'une solution à 5 0/0. Le premier effet est de produire un chemosis assez marqué, tandis que l'action analgésique se produit au bout de 2 heures.

Dans les paralysies musculaires, les muscles intrinsèques sont stimulés par la pilocarpine, l'éserine. Les muscles extrinsèques sont exercés dans la direction d'action des muscles paralysés et soumis aussi à l'électrisation.

Contre la kératite interstitielle dans la période aiguë, instillations d'atropine, puis dans le stade subaigu, frictions avec une pommade d'oxyde jaune de mercure, d'atropine et de vaseline. On masse ensuite l'œil à travers la paupière pendant 1 ou 2 minutes après avoir mis un peu de la pommade dans l'œil une ou deux fois par jour, afin d'amener la résorption des opacités de la cornée.

L. Jumon.

Traitement de l'ophtalmie sympathique par les injections sous-conjonctivales dans le moignon de l'œil énucléé, par les Drs Velez et Grané (*Communication à la Société ophtalmologique Mexicaine. Cronica medica Mexicana*

n° 9, 1903). — Les auteurs sont partisans de l'énucléation de l'œil présentant quelque lésion capable de produire l'ophtalmie sympathique. Si l'énucléation ne suffit pas pour éviter que l'autre œil devienne malade, ils conseillent de faire dans la conjontive du moignon de l'œil énucléé des injections avec la solution suivante :

Cyanure de mercure.....	0 gr. 03
Acoïne.....	0 — 30
Eau distillée.....	30 grammes.

Par ce procédé, ils ont empêché l'évolution d'une ophtalmie sympathique et amélioré considérablement un autre cas qui présentait des symptômes d'irido-charoïdite.

F. Berini.

Maladies vénériennes

Maladies de la Peau

Dr MOREL-LAVALLÉE

Médecin des Hôpitaux.

L'excision du chancre induré, par R. Schinkel (*Annales de la Société de Méd. de Gand*, 3e fasc., 1904). — L'auteur a eu l'occasion de pratiquer l'excision d'un chancre syphilitique et se demande si en présence des insuccès antérieurs, on est autorisé à pratiquer cette opération; Ehlers qui a produit une statistique de 584 cas d'excision avec 137 résultats positifs seulement croit que si l'opération met rarement à l'abri de la syphilis ultérieure, elle contribuerait néanmoins à imprimer à la maladie une marche plus bénigne, en supprimant un foyer infectant.

Si fréquemment, on n'obtient pas la guérison, les manifestations secondaires et tertiaires sont plus légères. Voici comment l'opération fut pratiquée chez le malade en question, porteur d'un chancre sur le feuillet externe du prépuce.

Le prépuce fut sectionné sur une grande longueur, au moins à 7 centimètres du point d'implantation du chancre. Des points de suture furent passés pour accoler au niveau de la base du gland les deux faces du prépuce sectionné. Sous anesthésie chloroformique, on extirpa en outre les ganglions lymphatiques inguinaux avec leurs vaisseaux dans une grande étendue. L'incision, faite longitudinalement suivant l'axe des deux membres, s'étendit en haut à 6 centimètres au-dessus du ligament de Poupart, en bas jusqu'au sommet du triangle de Scarpa. Ce nettoyage avait paru un complément essentiel de l'extirpation du chancre.

La plaie circulaire produite sur le prépuce, pansée à la gaze au sublimé, guérit rapidement au bout de trois semaines, sans présenter d'inflammation suppurative, ni de récidive chancreuse. Celle qui avait été créée aux régions inguinales pour l'extirpation ganglionnaire guérit aussi par première intention. Aucune manifestation secondaire de la syphilis n'apparut dans la suite. Le chancre datait de huit jours et le coït infectant remontait à trois semaines.

L'excision du chancre induré peut donc être recommandée, en pratiquant en même temps l'extirpation ganglionnaire qui augmente les chances de succès.

L. Jumon.

Traitement des nœvi par les rayons X, par John R. Levack (*The Scottish med. a. Surg. J.*, juillet 1904). — Les méthodes employées jusqu'ici dans le traitement des nœvi n'ont pas toujours été suivies de résultats satisfaisants au point de vue cosmétique. La cicatrice est souvent difforme. La découverte de l'action des rayons X sur la peau devait conduire à les essayer dans les cas de tumeurs vasculaires. Jutassy a donné un cas de guérison complète de telangiectasie congénitale par les rayons X, chez un homme de 22 ans. Levack donne de son côté trois observations intéressantes.

Le premier cas est un large nœvus occupant tout le côté gauche de la face depuis la région temporale jusqu'au milieu du nez et à la lèvre supérieure; la couleur était rouge pourpre. Traitement : séances quotidiennes de dix minutes, étincelle de 30 centimètres, six accumulateurs comme courant primaire, ampoule douce. Au bout de quinze jours, dermatite vésiculeuse. On fit les pansements appropriés, la guérison était complète au bout de trois mois et le nœvus avait disparu. La peau pouvait à peine se distinguer de la peau voisine normale. Le résultat fut très satisfaisant et le reste du nœvus fut traité avec le même succès. Le traitement eut lieu en trois fois pour éviter une trop forte réaction.

Le deuxième cas est celui d'une dame de 38 ans, ayant un nœvus sur la lèvre supérieure. La réaction fut obtenue au bout de six semaines, un mois plus tard la guérison était complète et la saillie formée par le nœvus avait beaucoup diminué. Quelques points qui avaient échappé à l'action des rayons furent détruits par le thermocautère. Le résultat fut également très satisfaisant dans un troisième cas de nœvus de la joue et du poignet.

Le traitement des nœvi par les rayons X est long, fastidieux, mais en somme satisfaisant ; il constitue, d'après l'auteur, une amélioration

sur les autres méthodes, scarifications, caustiques, etc. La cicatrice produite diffère peu de la peau normale, elle a généralement la même couleur et la peau est aussi souple.

Les nœvi plus profonds est ceux qui forment tumeurs sont naturellement plus difficiles à enlever que les nœvi superficiels, mais ils finissent par disparaitre dans la plupart des cas.

L. Jumon.

Acné pilo-sébacée et élimination urinaire (*Rev. des mal. de la nutrition*, juillet 1904). — Gastou, se basant sur une série d'analyses urinaires, démontre qu'il ne suffit pas, dans l'acné, d'instituer un traitement local : le régime et la médication générale ont une importance de premier ordre. On trouve le plus souvent, par l'examen ordinaire, une absence d'oxydation en rapport avec un trouble de fonctionnement hépatique, primordial ou consécutif à des troubles gastro-intestinaux.

C'est donc sur le foie qu'il faut agir en premier lieu, soit par l'intermédiaire de l'intestin, soit par action directe sur l'organe hépatique lui-même pour éviter les éliminations de suppléance par les glandes sébacées : on s'aperçoit bientôt que le régime des affections hépatiques s'adapte fort bien à l'acné comme à beaucoup de dermatoses d'origne éliminatoire toxique.

En second lieu, la plupart des acnéiques ont une hyperesthésie nerveuse réflexe tout à fait spéciale, qu'il faut arriver à modifier pour régulariser les fonctions organiques.

La thérapeutique générale de l'acné peut donc venir puissamment en aide au traitement local indispensable pour amener la désobstruction des orifices glandulaires et la destruction des agents microbiens, cause essentielle des complications pyogènes de la séborrhée physiologique et de l'acné.

E. Vogt.

Pédiâtrie

Dr E. THIERCELIN

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine.

Traitement de la syphilis chez les enfants, par G. Still (*The Practitionner*, juillet 1904). — Le traitement de la syphilis congénitale est assez simple, c'est le mercure qu'il faut employer. En Angleterre, on fait usage de la poudre grise dont on donne de petites doses par la bouche.

L'auteur recommande 0 gr. 03 trois fois par jour avec 0 gr. 06 de bicarbonate de soude et 0 gr. 12 de poudre de craie pour un enfant de quelques semaines. Cette dose est suffisante dans beaucoup de cas pour dissiper les symptômes sans causer de la diarrhée. S'il y a de la tendance à de la diarrhée on ajoute 0 gr. 01 à 0 gr. 03 de poudre d'ipéca. Si les symptômes reparaissent malgré le traitement, on administre le mercure *intus et extra*. Le danger de la stomatite ou de la salivation chez les petits enfants est très minime.

On a recommandé le calomel à dose de 0 gr. 005 à 0 gr. 03 deux ou trois fois par jour en vingt-quatre heures, comme étant une forme de mercure plus efficace que la poudre grise, mais il cause facilement de la diarrhée et dans ce cas il faudrait lui associer de l'opium.

Mais si l'on veut soumettre l'enfant à un traitement mercuriel assez énergique, il faudra lui donner la poudre grise et en même temps faire des frictions avec l'onguent mercuriel, dont on emploie le volume d'un pois correspondant à peu près à un gramme. La friction est faite doucement sur la paroi abdominale ou sur le côté interne du bras, on recouvre d'une pièce de flanelle et on lave complètement le lendemain matin. Il n'y a guère de risque de dermatite, si l'on fait un nettoyage de la partie frictionnée chaque jour. On a recommandé, comme méthode plus propre, des bains contenant environ 0 gr. 60 de sublimé pour dix litres d'eau, cependant c'est là une méthode incertaine qui présente certains inconvénients.

Les injections intra-musculaires de mercure doivent être absolument condamnées comme infligeant des douleurs inutiles aux petits enfants et leur faisant courir le risque de complications inflammatoires ou septiques.

Quant à l'iodure, on a pensé qu'on devait le donner aux enfants plus âgés dans la syphilis congénitale, parce qu'alors les symptômes sont plutôt de caractère tertiaire. Les deux périodes ne correspondent pas cependant à une limite d'âge déterminée et il arrive dans beaucoup de cas que des enfants jeunes ont autant besoin d'iodure que des enfants plus âgés. On peut observer quelquefois des gommes et certaines lésions, épiphysite, périostite, sont souvent traitées avec plus de succès par l'iodure associé au mercure que par ce dernier seul.

La durée du traitement mercuriel a été diversement appréciée. Hutchinson, pour épargner les lésions dentaires qui pourraient résulter de l'administration prolongée du mercure aux enfants, conseille de cesser le traitement dès la disparition des symptômes. Il faut cependant remarquer qu'un traitement de trois ou quatre semaines n'est pas suffisant pour

prévenir le retour des symptômes. Le mieux est d'administrer le mercure pendant six mois, et même si les circonstances le permettent pendant toute une année, même si tous les symptômes sont en diminution dès les premières semaines du traitement.

Un point qui est important est l'alimentation de l'enfant syphilitique. Il faut que l'enfant soit nourri au sein et il doit l'être par sa mère qui n'a pas de chance d'être infectée, car les exceptions à la loi de Colles sont excessivement rares, on doit donc maintenir la règle. Même nourri au sein, l'enfant syphilitique offre parfois une tendance à succomber dans le marasme sans autre complication. Il est encore exposé aux troubles digestifs, aux gastro-entérites malgré les soins donnés dans l'alimentation. Il faut donc que l'alimentation soit très assimilable et rien à cet égard ne peut remplacer le lait de la mère.

Enfin, chez les enfants plus avancés en âge, on soignera la qualité des aliments, on donnera de l'huile de foie de morue, on le soumettra à une bonne hygiène générale.

L. Jumon.

Traitement du choléra infantile et technique du traitement par H. Rœder (*Monatsch. f. Frauen und Kind. Kr.*, 28 juillet 1904). — Pour répondre à l'indication causale de supprimer les matières pathogènes de l'intestin, l'auteur donne 0 gr.01 à 0 gr. 03 de calomel trois fois par jour. Il met en garde contre l'emploi des opiacés dans les premiers jours de la maladie, et recommande à leur place, dans les jours suivants, le sous-nitrate de bismuth à dose de 0 gr. 20 à 0 gr. 50, trois fois par jour.

Pour relever la force du cœur, on emploie dès le début les bains sinapisés, et avant le bain une injection camphrée. Dans les premiers jours, l'enfant prend, tous les jours, le matin, un bain de moutarde au lieu d'un bain de propreté. Le bain dure de 5 à 8 minutes, après quoi, l'enfant est frictionné et chaudement enveloppé.

Le plus grand danger, d'après Rœder, pour le nourrisson, résulte de la perte aqueuse, qui exerce une action nocive, surtout sur le cœur et les reins. Pour compenser cette perte en eau, on a recours aux injections salines sous-cutanées. Celles-ci sont indiquées lorsque la fontanelle se déprime, les pupilles se rétrécissent et ne réagissent presque plus à la lumière, l'abdomen se rétracte, la diarrhée persiste et la sécrétion urinaire s'arrête.

Comme liquide d'injection, l'auteur se sert d'une solution à 3 0/00 de chlorure de sodium chauffée à 40°. L'injection est faite aseptiquement au côté interne de la cuisse et sur la poitrine, dans la ligne axillaire, on injecte 20 à 30 cc. par kg., de poids de l'enfant. L'injection doit être poussée lentement, en évitant les gros vaisseaux cutanés. Si la tension de la peau devient trop grande, on continue l'injection dans une autre région. Le liquide introduit est absorbé au bout de 10 à 15 minutes. Les injections salines doivent être pratiquées en temps utile et en quantité suffisante, on les renouvelle suivant l'état du malade. L'action favorable ne tarde pas à se montrer, le regard devient plus clair, le pouls est meilleur, la réaction pupillaire redevient normale, la rétraction de l'abdomen disparaît, la diurèse se rétablit et la peau reprend son aspect normal en quelques jours.

Pour enlever les restes alimentaires de l'estomac, l'auteur pratique le lavage de l'estomac avec la solution saline à 3 0/00. Le lavage est indiqué lorsqu'il y a eu déjà plusieurs vomissements ou lorsque les vomissements persistent malgré la suppression de l'alimentation.

L'indication qui se présente ensuite est de régler la diète. En supposant que les soins de la peau et de la bouche aient été pris, l'enfant n'ingère d'abord que du thé très léger, auquel on peut ajouter une cuillerée à café de cognac pour un litre. On a renoncé à l'addition ancienne du blanc d'œuf, car sa faible valeur alimentaire ne compense pas le danger qui résulte de sa putréfaction. Le thé est donné tiède aux enfants qui n'ont plus de tendance à vomir. Si les vomissements sont répétés, il faut donner l'infusion glacée par cuillerées, toutes les 5 à 10 minutes.

Il est difficile de déterminer le moment auquel on peut reprendre l'alimentation. On peut la reprendre au bout de 36 à 48 heures chez les enfants qui ont conservé leurs forces et étaient soumis auparavant à une bonne alimentation. Au bout de 3 à 5 jours, on peut donner des farines alimentaires sans addition de lait pour donner ensuite des mélanges lactés.

Les enfants qui ne peuvent plus téter, en raison de leur faiblesse ou d'une stomatite concomitante, doivent être nourris avec la sonde. A mesure que progresse l'amélioration, on augmente la quantité des aliments et leur valeur calorimétrique.

Il faut se mettre en garde contre l'emploi trop rapide du lait, qui est beaucoup plus nuisible à l'enfant qu'une plus longue attente.

Les enfants au sein, qui ont une attaque de diarrhée infantile, doivent jeûner durant 1 ou 2 jours, le traitement est d'ailleurs le même. Pour que le lait de la mère ne se tarisse pas, on pratique la traite artificielle.

L. Jumon.

Traitement de la fièvre typhoïde chez les enfants, par H. Read (*Brooklyn med. J.*, juillet 1904). — Après avoir exposé les particularités que présente la fièvre typhoïde chez l'enfant, l'auteur indique les règles du traitement qu'il applique à ses malades. Ce traitement pour lui est surtout expectant. L'indication consiste à maintenir la fièvre dans certaines limites et de soutenir les forces du malade; ces indications se présentent dans tous les cas. Les lotions froides avec une éponge constituent le moyen de remplir la première indication. L'auteur n'a jamais été obligé de se servir de bains froids chez les enfants, car il a toujours été facile d'abaisser la température par des applications locales. Les stimulants alcooliques n'ont été employés qu'avec beaucoup de modération; la strychnine est souvent utilisée.

Des crises graves ou alarmantes ont été si rares que l'auteur n'a jamais eu besoin de recourir à la digitale, à la nitroglycérine, à l'atropine ou à quelque médicament très actif usité en pareil cas. On a depuis longtemps reconnu, dit-il, l'inutilité des médicaments dans la fièvre typhoïde et la clinique a montré que l'antisepsie intestinale est ici une illusion. L'usage d'une antitoxine typhique ne s'est pas assez généralisé pour permettre une conclusion, malgré les rapports favorables de Chantemesse, Josias, Mendez et autres.

Il y a encore beaucoup à faire dans ce sens.

L. Jumon.

Gynécologie et Obstétrique.

Dr R. BLONDEL.

Chef de laboratoire

à la Maternité de la Charité.

Contribution à l'étude de la grossesse extra-utérine ou ectopique, par le Dr G. Gonzalez del Castillo (*Thèse de Madrid*, 1903). — Conclusions : 1° La terminaison par rupture dans la grossesse extra-utérine s'observe à peu près dans 35 0/0 des cas.

2° De ce chiffre plus des huit dixièmes correspondent à la variété tubaire.

3° Dans la variété tubaire la rupture a lieu vers le troisième mois.

4° Dans la variété ovarique la rupture n'est pas si fréquente : on ne peut établir une date approximative pour son apparition.

5° Dans la variété abdominale la rupture est très rare.

6° La plupart des cas de grossesse extra-utérine se terminent d'une manière fatale.

7° Pourtant, devant un fait de cette nature le médecin ne doit pas hésiter et surtout si l'on se souvient que les affections qui peuvent se confondre avec la grossesse ectopique réclament la même indication.

8° Si le fœtus vit, on doit toujours pratiquer la laparotomie, car elle offre beaucoup plus de facilité pour pratiquer l'hémostase.

9° Par contre si le fœtus est mort depuis longtemps, l'intervention par voie vaginale est parfaitement justifiée, à condition cependant que le fœtus se trouve en dehors de l'excavation.

10° La colpotomie est aussi indiquée quand le kyste s'est ouvert dans le vagin ; dans ce cas on utilisera la plaie de rupture pour extraire les restes fœtaux.

11° Dans ces cas l'élithrotomie offre plusieurs avantages sur la laparotomie : *a*) certitude presque absolue de ne pas blesser le péritoine : *b*) Elimination beaucoup plus facile du contenu du kyste : *c*) la femme n'est pas exposée à l'éventration.

Quatre mois après la mort du fœtus, on peut intervenir sans crainte de la circulation placentaire.

F. Berini.

L'expression dans la rétention du fœtus (*Sovremen-Terapia*, n° 10, 1903). — Boudberg-Renninggausen estime que le procédé de Crédé se trouve en contradiction avec les principes fondamentaux de l'anatomie et de la physiologie; il préconise un autre procédé qui lui appartient. Voici en quoi consiste ce procédé. Avec la main droite on saisit le fond de l'utérus, le pouce placé en avant, les autres quatre doigts en arrière. Les quatre doigts de la main gauche sont placés du côté droit, le pouce de la même main du côté gauche. La pression sur l'utérus est exercée en même temps qu'une contraction se produit, mais dans aucun cas l'utérus ne doit se déplacer de l'axe du bassin. Dès que la contraction cesse, la pression de la main droite doit diminuer. Dans les intervalles entre les contractions la main droite exerce des frictions sur l'utérus et sur les parois abdominales, dans le but de provoquer une contraction et prévenir la tension de la presse abdominale.

Roubleff.

Pharmacologie

Dr E. VOGT.

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

Les injections de gaz oxygène, par M. MARTIN (*Archives Médicales Belges*, juillet 1904). — Après avoir rappelé que le Pr Thiriar, de Bruxelles, eut l'initiative de cette thérapeutique, l'auteur résume d'abord les conclusions tirées des observations antérieures. Le gaz oxygène possède une action remarquable dans les cas de septicémie gazeuse foudroyante, de tétanos, de phlegmons circonscrits ou diffus, d'érysipèles phlegmoneux ou gangréneux, d'arthrites suppurées, de fractures ouvertes ou infectées, de péritonite ou de pleurésie purulentes, d'abcès, d'anthrax et de furoncles. L'oxygène favorise la phagocytose, affaiblit la nocuité de certains germes, détruit certains autres anaérobies. Un abcès, un anthrax ou un furoncle ouvert, lavé à l'eau oxygénée et soumis pendant vingt-quatre heures à un courant d'oxygène, ne contient presque plus de staphylocoques. L'emploi de l'oxygène complète l'asepsie. L'oxygène pur a une action plus rapide, plus parfaite que l'eau oxygénée. Mais pour obtenir son maximum de rendement, il faut l'activer d'une manière continue dans les cas sérieux. On se sert, à cet effet, dans les hôpitaux, d'une bonbonne renfermant 1.000 litres d'oxygène comprimé à 120 atmosphères. A l'extrémité de cette bonbonne est adaptée une armature métallique qui se dévisse et laisse échapper le gaz. Un tuyau de caoutchouc terminé par une canule en verre mousse, effilée, ou une fine aiguille de Pravaz, conduit l'oxygène jusque sur les points malades. Dans les cas graves, pour maintenir le contact constant avec les parties infectées, on dirige un ou plusieurs tuyaux distributeurs vers la lésion, en les maintenant sous un pansement aseptique. L'oxygène baigne alors d'une façon permanente les tissus frappés. Ces injections doivent parfois se continuer pendant plusieurs jours sans interruption.

Le traitement suffisamment prolongé a donné des résultats même dans les tuberculoses chirurgicales, les abcès froids, les ostéo-arthrites.

M. Martin a réussi surtout dans les cas d'anthrax où les diverses phases de l'affection sont notablement abrégées, les souffrances diminuées, tous les symptômes amendés. Il cite entre autres un anthrax énorme de la lèvre supérieure. La tumeur était très volumineuse, l'induration s'étendait jusqu'à l'orbite et l'œdème empiétait sur l'autre côté de la face. La suppuration se faisait par de nombreux cratères. État général sérieux, température 40°. Le traitement a consisté en injections d'oxygène dans tous les pertuis et en piqûres dissémiuées de façon à limiter l'extension du mal. Soulagement dès la première insufflation. Tendance à la limitation dès le quatrième jour. Guérison en douze jours. Le malade ne conserva qu'une légère cicatrice linéaire.

Le moyen est donc excellent pour combattre les affections purulentes. M. Martin lui reproche cependant deux inconvénients : la bonbonne de 1.300 litres est lourde, incommode, d'un maniement compliqué, d'un transport difficile. On ne peut guère l'utiliser dans la clientèle particulière. Mais depuis, M. Thiriar se sert d'une bonbonne de 30 litres d'oxygène pur, comprimé à 120 atmosphères, qui est très portative.

Un grief plus sérieux est le prix du traitement par l'eau oxygénée. Le prix de la grande bonbonne revient à 13 francs et les 1.300 litres sont vite épuisés lorsqu'on pratique les injections permanentes.

Il en résulte qu'on ne peut appliquer cette méthode thérapeutique qu'aux cas où elle est particulièrement indiquée.

L. JUMON.

Quelques remarques sur le traitement par l'air sec chaud, par ODON TUSZKAI (*Fortschritt der Medicin*, 10 juillet 1904). — Quel que soit l'appareil que l'on emploie pour soumettre la région affectée à l'action de l'air sec chaud, il faut observer les indications suivantes : Avant tout, l'air chaud doit être pur, sec, et arriver en un courant égal sur la région à traiter. Il faut pouvoir exactement limiter l'action de l'air chaud sur la région, pouvoir régler à tout moment la température, car celle-ci doit parfois être élevée jusqu'à 100 ou 120° dans la couche d'air en rapport avec la peau. L'air échauffé doit être remplacé par de nouvelles quantités d'air sec sans changer la température. La source de chaleur ne doit pas être dans le voisinage immédiat du malade. C'est, comme on le voit, une question de construction.

En suivant ces indications avec un appareil dont il donne la description, l'auteur a soigné un assez grand nombre de malades, la chaleur élevée est toujours bien supportée et ce n'est qu'au voisinage de 90° qu'on observe de la rougeur de la peau : sur la paroi abdominale on peut voir des plaques de rougeur survenir à la température de 55° ; lorsque le traitement est appliqué pour des cas gynécologiques à la température de 40° la peau devient chaude, sèche

et la transpiration se montre rarement abondante parce qu'elle est évaporée par le courant d'air chaud. Le pouls augmente de 6 à 10 pulsations par minute, la température axillaire augmente de quelques dixièmes de degrés seulement lorsque l'air chaud est à 60 ou 70°. La température vaginale ou rectale ne change pas. Les malades supportent très bien une durée d'application de 40 à 50 minutes avec de très hautes températures, mais si on prolonge l'application, ils peuvent éprouver de la congestion de la face, des vertiges, tous symptômes qui cessent dès qu'on abaisse la température de quelques degrés.

Dans les affections exsudatives de bassin, la méthode n'a pas donné de résultats entre les mains de l'auteur, malgré une amélioration remarquable dans l'état subjectif des malades. Toutefois l'exsudat augmente de consistance. L'auteur croit avec Bier que le traitement provoque dans les parties profondes une hyperémie qui peut être favorable à la résorption des exsudats.

Le traitement entraine une diminution de poids de 300 à 400 grammes après chaque séance, ce qui doit être attribué à la perte en eau. Dans un cas, une malade soumise à quatorze séances d'une heure à la température de 80° était descendue de 115 kg. à 98 kg. et se trouvait beaucoup mieux dans la suite.

L. Jumon.

Baignoire permettant l'exercice musculaire pendant le bain (*Bl. f. Klin. Hydrotherapie*, juin 1904). — Nous avons traduit par cette périphrase le dispositif de Gaertner (« Ruderbad »). Une planchette de 25 cm. de long, de 11 cm. de large et de 1 cm. d'épaisseur, présente sur chacun des côtés courts une poignée. Le baigneur, assis dans le bain, saisit les poignées et ramène vers sa poitrine, à travers l'eau du bain, la planchette. On fait une vingtaine de mouvements de ce genre par minute, et on ramène toujours la planchette au point de départ, hors de l'eau.

Il est possible, avec ce dispositif de supporter facilement des bains frais et même froids. On commence par 30° C., et on rajoute de l'eau froide pour arriver à 20° C., si le baigneur est robuste. On peut rester dans ces bains pendant 25 minutes, sans inconvénient, car on ne ressent aucune sensation de froid.

Ces bains exercent une action tonique puissante et favorisent éminemment les échanges intra-organiques.

E. Vogt.

Action pharmacologique du vanadium, par R. Luzzatto (*Archivo di Formacologia e Terapia* mars 1904). — Le trichlorure de vanadium administré aux animaux à la dose toxique, soit par voie gastrique, soit par voie hypodermique, produit des lésions évidentes de plusieurs organes (rein, foie, intestin, myocarde), mais non du système nerveux.

Les sels de vanadium employés par l'auteur ($V\ Cl_3$, $V\ Br_3$) augmentent l'action sacchari-fiante de la salive s'ils agissent sur le ferment seulement pendant quelques heures et en solution très étendue : ils la diminuent s'ils agissent très longtemps en solution concentrée : les mêmes effets s'exercent par le ferment amylolytique du pancréas.

Le $V.\ Cl_3$ et le $V\ Br_3$ augmentent aussi l'action dissolvante du suc gastrique et pancréatique sur la fibrine.

Le $V\ Cl_3$ augmente la pression sanguine et produit en même temps une diminution de l'excitabilité de l'inhibition cardiaque pouvant arriver jusqu'à la paralysie. Le $V\ Cl_3$ produit de l'irrégularité des actes respiratoires et, à dose toxique, de la dyspnée. Le $V\ Cl_3$ introduit par voie gastrique se dépose avant tout dans le foie et s'élimine par la bile et la muqueuse de l'intestin : à doses très fortes il s'élimine aussi avec l'urine et la sueur. Chez les animaux intoxiqués par voie gastrique, presque tout le vanadium ingéré s'accumule dans le foie et les parois de l'intestin, une très petite quantité dans les muscles et la peau.

Introduit par voie hypodermique, il s'élimine plus rapidement, particulièrement par voie rénale. Si les doses sont très élevées, il s'élimine aussi par l'intestin, la bile et la peau. Chez les animaux ainsi intoxiqués, le vanadium s'accumule spécialement dans les muscles et la peau. Qu'on le donne par la bouche ou par injections, on ne le retrouve jamais dans le sang, dans les os, dans la moëlle des os, dans le système nerveux.

La dose qu'on peut donner par voie buccale est quatre fois plus grande que celle injectée par voie hypodermique. Ceci tient à son accumulation dans le foie qui le retient en partie et à l'élimination par l'intestin.

Son emploi thérapeutique par voie gastrique, à la dose journalière de 3 à 30 milligrammes par jour, chez les tuberculeux et les anémiques, a été suivi d'une augmentation de l'appétit, des forces, du poids du corps, d'une amélioration de la digestion.

Le vanadium n'a pas d'action spécifique contre le bacille de Koch. Il a d'un autre côté un notable pouvoir hématogène, spécialement si les conditions du sang sont très mauvaises;

il augmente la teneur en hémoglobine et plus particulièrement le nombre des hématies. Son action hématogène est très probablement due à ce qu'il excite les échanges d'hémoglobine dans les organes hémopoïétiques.

A. L. Percival.

Innocuité absolue de l'acide phosphorique. Ses principales indications en thérapeutique, par M. Cautru (*Académie de médecine*. 26 juillet 1904). — L'auteur cite l'observation de nombreux animaux (gallinacés, herbivores, carnivores), auxquels il a donné pendant plus d'un an des doses considérables d'acide phosphorique officinal, doses qui sont allées jusqu'à 0 gr. 50 par kilogramme d'animal, et montre les coupes du foie et des reins de ces différents animaux, coupes qui ne présentent au microscope aucune trace de dégénérescence graisseuse des viscères.

M. Cautru, d'accord avec M. Joulie, et se basant sur une expérience de clientèle déjà longue, en conclut qu'il n'y a aucun danger à donner longtemps et à hautes doses ce médicament qui, mieux que tout autre, remonte l'acidité urinaire et arrête la déminéralisation.

C'est ainsi qu'il a obtenu des succès thérapeutiques dans un grand nombre de maladies chroniques où l'hypoacidité est plus fréquente qu'on ne le croit généralement, telles que : le diabète arthritique, — les albuminuries phosphaturique et gravidique, — les dermatoses, la tuberculose, l'anémie des pays chauds, la chlorose, la plupart des dyspepsies, des névroses (neurasthénie, quelques variétés d'hystérie et d'épilepsie, les troubles nerveux de la grossesse, etc.), l'artériosclérose, les lithiases rénale et biliaire.

Jamais M. Cautru n'a observé d'accident. Il conseille cependant de donner l'acide phosphorique avec prudence au début en surveillant l'état du système nerveux, l'acidité urinaire, les voies digestives et de le prescrire en solution très diluée à cause de sa causticité.

Mais l'auteur conclut que ce médicament n'est ni toxique ni stéatosant.

R. Bloxdel.

Indications du validol, par le Dr Barbera (*Revista Valanciana de Cieninas Medicas*, 25 janvier 1904). — Le validol, combinaison du menthol avec l'acide valérianique, additionné de 30 0/0 de menthol libre, a été essayé par l'auteur dans un grand nombre de cas, et avec résultats très satisfaisants. Voici le résumé de ces indications.

a) Le validol est un bon excitant de la digestion et de l'appétit, supérieur d'après l'auteur à la teinture de noix vomique et aux gouttes amères de Baumé, surtout dans ces états d'atonie et faiblesse gastrique consécutifs aux infections, à la vieillesse ou à de graves altérations gastro-intestinales.

b) Sous forme de validol camphré, il est très utile dans l'hystérie et les névroses réflexes, dans les hémicranies variées. Appliqué localement sur une dent cariée, avec un petit tampon il calme l'odontalgie. On l'a aussi recommandé contre le mal de mer.

c) Sous forme de pommade à 10 0/0, il donne des résultats très sensibles dans les affections prurigineuses et eczémateuses.

d) D'après les observations de Schwersenski, il est très utile dans l'intoxication alcoolique aiguë.

e) Ses effets sont marqués dans tous les cas de faiblesse chez les convalescents, quand il faut augmenter l'activité cardiaque et favoriser les réactions organiques.

f) Finalement, l'auteur croit le validol utile à toutes les personnes dont la vie sédentaire ou l'âge ont affaibli les fonctions gastro-intestinales.

On peut l'employer en gouttes dans une infusion aromatique ou en sirop. Dans les pommades on l'introduira dans la proportion de 10 à 15 0/0.

F. Berini.

Elimination du chloroforme par les vomissements, par Gelpke (*Corresp.-bl. f. Schw. Æ.*, 1er juillet 1904). — Depuis plusieurs années, l'auteur traite les opérés le jour de la chloroformisation et les jours suivants par l'usage copieux de tisane de camomille, ce qui amène la disparition rapide des malaises. Il est arrivé à cette manière de faire en se faisant la conviction que le vomissement est un acte utile qui sert à désintoxiquer l'organisme. Dans ce but il a recherché la présence du chloroforme dans les matières vomies dans un grand nombre de cas et a toujours trouvé du chloroforme.

L'estomac serait donc comme les reins, la peau et les poumons un organe excréteur auquel échoit parfois la fonction de débarrasser l'organisme des poisons. Il faut donc se garder de combattre les vomissements du chloroforme comme on le fait d'habitude par de la glace, de la cocaïne, de l'orexine, etc., sauf certains cas particuliers d'opérations sur les voies digestives.

L. Jumon.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Voyages d'études médicales aux stations hydrominérales et climatiques de France. — Le 6e voyage d'études médicales aura lieu du 3 au 15 septembre 1904. — Il comprendra les *stations du centre et de l'Auvergne* ; Néris, Evaux, La Bourboule, Le Mont-Dore, Saint-Nectaire, Royat, Chatel-Guyon, Vichy, Bourbon-l'Archambault, Bourbon-Lancy, Saint-Honoré, Pougues, — les Sanatoriums de Lamotte-Beuvron et de Durtol — les stations climatiques de Vic-sur-Cère et du Lioran.

Le V. E. M. de 1904 — comme les cinq précédents — est placé sous la direction scientifique du Dr Landouzy, professeur de clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris, qui fera sur place des Conférences sur la Médication hydrominérale, ses indications et ses applications.

Réduction de moitié prix sur tous les Chemins de fer pour se rendre, de son lieu de résidence, au point de concentration, Lamotte-Beuvron.

Les médecins étrangers bénéficient de cette réduction à partir de la gare d'accès sur le territoire français.

Même réduction est accordée, à la fin de la tournée, au point de dislocation : Pougues, pour retourner à la gare qui a servi de point de départ.

De Lamotte-Beuvron à Pougues, prix à forfait : 250 francs, pour tous les frais : chemins de fer, voitures, hôtels, nourriture, transports des bagages, pourboires.

Pour les inscriptions et renseignements, s'adresser au Dr Carron de la Carrière, 2, rue Lincoln, Paris (VIIIe arrondissement).

Les inscriptions sont reçues jusqu'au 15 août 1904, terme de rigueur.

Clinique d'accouchements Tarnier. — Pendant les vacances (août, septembre, octobre 1904), M. le professeur agrégé Demelin, accoucheur des hôpitaux, suppléant le Pr Budin, fera des leçons cliniques le mardi et le samedi matin à 10 heures.

Cours pratiques de thérapeutique obstétricale, avec exercices opératoires.

Ces cours seront faits par MM. Bouchacourt, Jeannin, Guéniot, chefs de clinique et Coudert, chef-adjoint de laboratoire.

Programme : Conduite à tenir pendant la grossesse, dans l'accouchement normal, au cours des différentes présentations, et en présence des divers accidents qui peuvent compliquer la puerpéralité.

Les cours théoriques auront lieu les lundis, mercredis et vendredis à 5 heures.

Les exercices pratiques et manœuvres opératoires les mardis, jeudis et samedis à 5 heures.

Le cours sera complet en un mois.

Il y aura donc trois séries de cours (août, septembre, octobre).

Le prix du cours est de 100 francs pour le trimestre (à verser au Secrétariat de la Faculté de médecine).

BIBLIOGRAPHIE

Hématologie et Cytologie cliniques, par le Dr E. Lefas, ancien interne des hôpitaux de Paris, préparateur à la Faculté de médecine. Préface par P.-E. Launois, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux de Paris, 1 vol. in-18 de 200 pages, avec 5 planches en couleurs et figures, cart. : 3 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

Les applications de l'histologie à la clinique deviennent de plus en plus nombreuses ; aucun médecin ne doit aujourd'hui ignorer le maniement du microscope, qui souvent lui permet d'éclairer ou de parfaire son diagnostic. Les no-

tions les plus importantes, comme aussi les plus faciles à acquérir, sont basées sur l'étude cytologique du sang et des humeurs, à l'état normal et à l'état pathologique.

Le *Manuel pratique* de M. Lefas se recommande par deux qualités : la clarté et la précision.

La première partie est consacrée à la description des instruments et des différents procédés de technique qui permettent d'étudier les éléments figurés du sang et d'apprécier leurs caractères morphologiques comme aussi leur valeur fonctionnelle. Les divers procédés de fixation, de coloration actuellement utilisés, les plus anciens comme les plus récents, sont exposés avec méthode, et les résultats qu'on doit en obtenir sont nettement indiqués.

Dans un exposé alphabétique, facile à consulter, se trouve résumée l'étude du sang dans chaque maladie aiguë ou chronique; elle porte aussi bien sur les hématies et leur teneur en hémoglobine que sur les leucocytes et leurs variations. C'est dire que le problème des leucocythémies et des leucocytoses se trouve traité avec tout le soin qu'il comporte.

Le microscope permet de faire l'étude des parasites divers du sang et fournit de multiples indications, aussi bien au point de vue du diagnostic que du pronostic, chaque fois que le milieu sanguin est envahi par des agents pathogènes, qu'il s'agisse de ceux du charbon ou de ceux de la malaria, de la fièvre récurrente, de la trypanosomiase ou de la piroplasmose. La description des divers parasites et la technique de la séro-réaction de Widal sont renfermées dans la partie précédente.

La dernière comprend la *description cytologique des différents liquides normaux* (liquide céphalo-rachidien, urine) ou *pathologiques* (sérosités pleurales, péritonéale, etc.), que la pratique de la centrifugation a singulièrement facilitée.

Toutes les notions indispensables à l'étudiant et au médecin, désireux de faire l'étude du sang et des humeurs, se trouvent condensées dans ce petit livre.

Le ventre, étude anatomique et clinique de la cavité abdominale au point de vue du massage, par les Drs M. Bourcart, privat docent à l'Université de Genève, et F. Cautru, ancien interne des hôpitaux de Paris, tome Ier, *le rein*, par le Dr M. Bourcart, 1 vol. gr. in-8o, avec 134 figures dans le texte et hors texte 10 fr. (Félix Alcan, éditeur).

Cet ouvrage comprendra trois volumes, dont le premier paraît aujourd'hui ; dans le volume suivant M. le Dr Cautru exposera ce qui a trait aux organes digestifs (estomac et intestin), le troisième qui sera dû à la collaboration des deux auteurs sera consacré au massage du ventre dans les troubles de la circulation.

M. Bourcart insiste, dès le début, sur la description de la configuration extérieure du ventre, aussi nécessaire à connaître que sa configuration intérieure, ainsi que sur les rapports et positions de ses organes dans les différentes stations du corps humain. Cette connaissance est un des éléments essentiels de la massothérapie abdominale.

Puis il aborde l'étude du rein mobile, une des plus fertiles pour démontrer les lois de la statistique abdominale qu'il s'agit de rétablir dans la plupart des cas. L'auteur, après avoir passé en revue d'une façon complète les différentes causes de cette affection, expose les méthodes de traitement et de réduction par le massage général. Il termine cette étude par le trouble de circulation et de sécrétion du rein passibles également du traitement manuel.

Des photographies et des originaux, ainsi qu'un certain nombre de planches empruntées à l'ouvrage du Dr Stratz, sur les caractères classiques de la « beauté de la femme », illustrent cet ouvrage d'une façon intéressante et même attrayante. Les auteurs ont pensé que l'exemple devait le plus possible être joint à la description, rendant ainsi la compréhension du texte d'autant plus claire et plus rapide.

Nlle Imprimerie. E. Lasnier, directeur. 35, 37, rue St-Lazare. Paris — Le Propriétaire-Gérant : R. BLONDEL

TRAVAUX ORIGINAUX

LES ANÉMONES

Pharmacologie et Thérapeutique

Par J. Chevalier

Chef des travaux pratiques de Matière médicale à la Faculté de Médecine de Paris.

La famille des Renonculacées est une des familles les plus intéressantes et aussi l'une des moins connues tant au point de vue thérapeutique qu'au point de vue toxicologique.

Presque toutes les plantes de cette famille, en effet, sont toxiques, et possèdent soit des alcaloïdes définis, soit des corps encore mal connus, mais tous doués de propriétés irritantes énergiques et à action très marquée sur le système nerveux central.

C'est ainsi qu'à côté des aconits et des adonis dont l'étude chimique et physiologique est à peu près au point à l'heure actuelle, nous rencontrons les Hellébores, dont les substances actives de nature glucosidique paraissent se rapprocher des propriétés des digitaliques, puis les renoncules, les anémones, les clématites dont l'étude chimique est encore à peu près à faire et dont l'étude physiologique est à peine ébauchée.

Cette famille nettement différenciée au pont de vue botanique est fort étendue et les genres qu'elle comprend diffèrent assez par le port, l'aspect, et les caractères botaniques sont assez tranchés pour former autant de tribus distinctes, nettement séparées et possèdent, chose curieuse, une composition chimique analogue, une toxicité assez semblable et des effets physiologiques quelquefois identiques, toujours fort voisins les uns des autres.

Parmi les plantes de cette famille qui sont susceptibles d'être utilisées en thérapeutique, les anémones se placent immédiatement à côté des aconits avec lesquels elles ont de nombreux points de contact au point de vue pharmaco-dynamique. Ce sont des plantes encore peu étudiées et peu employées et qui sont susceptibles de rendre de nombreux services comme analgésiques; malheureusement l'emploi des préparations d'anémone a été discrédité à la suite de l'emploi inconsidéré qu'en ont fait les homéopathes. Elles ne méritaient ni cet engouement, ni l'oubli dans lequel on les laisse actuellement.

Les Anémones sont toutes des plantes vivaces très répandues dans les régions tempérées de l'Europe, croissant à peu près toutes dans les prairies sèches ou dans les bois peu

denses des terrains calcaires. Elles apparaissent presque toutes au commencement du printemps et leur croissance est rapide. Leurs tiges herbacées sont d'ordinaire fistuleuses. Leurs racines sont tubériformes, oblongues, traçantes, d'une hauteur de 10 à 30 centimètres. Leurs feuilles sont radicales, longuement pétiolées, triangulaires dans leurs contours, et divisées en trois segments, parfois eux-mêmes bipinnitipartides à lobes le plus souvent oblongs ou lancéolés. Les fleurs sont portées sur une hampe grêle ascendante, cylindrique, dressées et solitaires au sommet de la hampe, de couleur variable suivant les espèces. Le calice est à 5 ou 7 cépales pétaloïdes, grands, larges, obovales, subaigus. La corolle est nulle, les étamines sont nombreuses, toutes semblables. Les carpelles sont disposés en tête, laineux, terminés par une pointe courbe, tubulée et glabre.

Ces anémones présentent à l'heure actuelle un grand nombre de variétés produites par la culture qui est arrivée à leur faire produire des fleurs doubles, d'un bel aspect ornemental. A l'état sauvage on ne trouve dans nos contrées que l'anémone Pulsatile, l'anémone Pratensis, l'anémone Sylvestris et l'aménone Nemorosa.

L'anémone Pulsatile est seule officinale, mais les autres espèces pourraient être également employées en raison de leur composition chimique presque identique.

Anémone Pulsatila. — Cette plante possède une racine ligneuse noirâtre, assez épaisse, d'où s'élève une tige cylindrique couverte d'un duvet blanchâtre, haute de 20 à 30 centimètres et portant à son sommet une fleur violette assez grande, munie de pétales oblongs droits et un peu velus en dehors. Au-dessous de la fleur on distingue une espèce de collerette profondément découpée en lanières velues et étroites. Les feuilles sont radicales, pétiolées, allongées, deux fois ailées, à découpures très fines, plus ou moins velues. Cette plante habite les pâturages secs, surtout sur terrains calcaires. Elle est connue sous le nom vulgaire de *coquelourde*.

Anémone Pratensis. — Cette plante a une racine oblongue et fibreuse. Ses feuilles attachées à de très longs pétioles, sont deux fois ailées, à folioles étroites aiguës, inégalement divisées et d'un vert foncé. Les tiges velues, faibles, hautes de 15 à 20 centimètres sont d'un brun verdâtre, elles se terminent par une fleur d'un violet foncé ou d'un rouge brun, penchées un peu velue au dehors et dont les pétales sont un peu réfléchies au sommet. La collerette qui ceint la tige est distante de la fleur d'environ 3 centimètres et divisée en plusieurs lanières inégales, étroites et velues.

Elle est assez commune et croît en abondance sur les pelouses sèches exposées au soleil.

Anémone Sylvestris. — De sa racine allongée, fibreuse, un peu sortante naît une tige de 25 à 30 centimètres, velue, cylindrique, entourée à sa partie supérieure par une collerette calicinale formée de trois à cinq feuilles pétiolées et découpées en plusieurs lobes profonds. Une grande fleur composée de six pétales blancs un peu velus en dehors termine la tige. Les feuilles radicales sont vertes, pétiolées à cinq digitations, incisées et anguleuses. Les semences sont entourées d'un duvet laineux.

Elle croît sur les collines, dans les haies et les bois, spécialement en Alsace et dans le Dauphiné.

Anémone Nemorosa. — Sa racine horizontale noirâtre, pousse une ou deux feuilles pétiolées à trois folioles ovales, découpées et incisées. La tige est simple, grêle, munie vers les deux tiers de sa longueur d'une collerette de trois feuilles pétiolées, incisées, lobées, dentées vertes, un peu velues sur leurs bords. La fleur qui termine la tige est légèrement inclinée, blanche, teinte de rose extérieurement, et formée de cinq ou si x

pétales ovoïdes lancéolées. Ses semences sont velues, terminées par une pointe courte et sétacée.

Elle fleurit dès les premiers jours de printemps, elle est commune dans les bois et les lieux incultes couverts.

L'anémone Coronaria étudiée par Brondgeest est surtout une anémone cultivée; elle ne pousse à l'état naturel que dans la région méditerranéenne, surtout sur les rives africaines et asiatiques.

Les principes actifs des anémones sont encore fort mal connus. La plupart des auteurs qui se sont occupés de la question signalent dans ces plantes fraîches la présence d'un corps volatil très irritant qui s'échappe par simple contusion de la plante et disparaît par la dessiccation.

Storck aurait le premier signalé l'existence d'un principe particulier dans les anémones, mais c'est seulement en 1820 que Robert, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu de Rouen, parvint à isoler l'anémonine en recueillant les cristaux déposés dans une eau distillée très concentrée.

Vauquelin qui fut appelé à les étudier les tient pour différents du camphre et de tous les corps qu'il connaît, et place cette substance dans la classe des huiles concrètes.

Heyer a défini la véritable nature du principe actif des anémones, et c'est lui qui l'a désigné sous le nom d'anémonine.

Son procédé d'extraction ne diffère pas de celui de Robert, Hanriot l'a plus tard modifié. Il distillait l'anémone Pulsatile dans un courant de vapeur d'eau, jusqu'à ce que le liquide distillé ne fût plus coloré en jaune par la potasse. Ce liquide après avoir été soumis à une nouvelle distillation fut abandonné à lui-même dans une cave et laissa déposer l'anémonine au bout de quelques mois. L'anémonine brute fut purifiée par dissolution dans l'alcool, puis dans la benzine où elle se dépose en fines aiguilles.

Houdé l'obtient à l'état de pureté absolue, dit-il, en reprenant une eau distillée très concentrée par le chloroforme et en la soumettant dans ce solvant à une série de cristallisations méthodiques.

D'après Hanriot, qui a fort bien étudié ce produit, l'anémonine est une matière blanche cristallisable en fines aiguilles, neutre au tournesol, peu soluble dans l'eau et l'éther, plus soluble dans l'alcool surtout bouillant, la benzine et le chloroforme,

Elle n'a pas d'odeur, se ramollit à 150° et fond à 156° en dégageant des vapeurs irritantes qui paraissent dues à une aldéhyde non saturée; le liquide distillé, fixe le brome et réduit le nitrate d'argent ammoniacal; il donne avec la phénylhydrazine la réaction des aldéhydes, il reste une matière jaune solide qui se décompose à 270° et laisse un résidu de charbon.

L'acide sulfurique concentré attaque rapidement l'anémonine et la noircit. L'acide azotique la convertit en acide oxalique, l'acide chlorhydrique la dissout sans l'altérer.

Un mélange de peroxyde de manganèse et d'acide sulfurique la transforme en acide formique. Le chlore l'attaque également à chaud, il se forme de l'acide chlorhydrique et un corps huileux volatil.

Les alcalis ont la propriété de dissoudre l'anémonine, mais ils la transforment en un acide, l'acide anémonique, la solution jaunit et elle perd son alcalinité.

Ce corps réduit par le zinc et l'acide chlorhydrique se convertit en hydroanémonine $C^{13}H^{20}O^{6}H^{20}$ qui cristallise en grandes lames incolores fusibles à 78°, bouillant sans décomposition à 210°-212°, sous pression de 1 centimètre de mercure.

La potasse colore l'hydroanémonine en jaune comme l'anémonine elle-même.

Hanriot donne à l'anémonine la formule $C^{15}H^{12}O^{6}$.

Beckurtz lui donne au contraire la formule $C^{10}H^{8}O^{4}$, et elle doit être regardée comme l'anhydride d'un acide bibasique, et elle renfermerait un groupement aldéhyde ou cétone, mais non un groupe hydroxyle.

Traitée par l'anhydride acétique, elle est convertie en un isomère, l'isoanémonine.

L'acide anémonique existe à l'état libre en petite quantité dans le suc des anémones, il a pour formule $C^{10}H^{10}O^{5}$.

Il se forme en partant de l'anémonine lorsqu'elle est chauffée, soit avec des acides, soit avec des bases. Il est bibasique et sa formule peut être représentée par le schéma suivant :

$$C^{7}H^{8}\left\langle\begin{array}{l}(COH)^{2}\\ COH\\ COH\end{array}\right.$$

L'acide isoanémonique amorphe se produit par dédoublement du camphre d'anémone; il a la même composition que l'acide anémonique, dont il n'est probablement qu'un isomère, de la même façon que l'isoanémonine est un produit isomère de l'anémonine.

Tous ces produits de décomposition sont inactifs physiologiquement.

Les effets physiologiques de l'anémonine ne correspondent pas à ceux de la plante fraîche; nous avons essayé de nous rendre compte des substances contenues dans le suc frais de la plante pour voir si elles nous expliqueraient ces différences.

Ce suc extrait après rapide contusion de la plante et à l'abri du contact de l'air sans le secours de la chaleur et au moyen de dissolvants neutres est un liquide jaune clair, faiblement odorant, de réaction légèrement acide, s'oxydant rapidement au contact de l'air en prenant une coloration brun foncé.

Nous avons préparé les sucs de l'anémone Pulsatile et de l'anémone Sylvie. Tous deux traités par le chloroforme nous ont fourni une petite quantité d'anémonine que nous avons pu caractériser, mais en raison de la petite quantité de suc que nous avions préparé il nous a été impossible de faire un dosage.

Ce suc contenait en outre une assez grande quantité d'albumine appartenant surtout à la famille des globulines, une oxydase que nous avons pu caractériser par les réactions ordinaires de ces corps et une petite proportion de matières réductrices.

Etude physiologique. — Nous avons expérimenté l'action pharmacodynamique des principes actifs des anémones, d'une part, avec le suc frais retiré de l'anémone Sylvie et de l'anémone Pulsatile, d'autre part, avec l'anémonine préparée industriellement et dont les constantes physiques décrites par Hanriot ont été vérifiées.

I. *Suc frais.* — Le suc frais des anémones a été obtenu par la méthode ordinaire employée au laboratoire de M. le Pr Pouchet, après pulpage de la plante fraîche entière. Pendant cette opération, il s'échappe de la plante un principe volatil, très irritant, qui occasionne du larmoiement et peut même provoquer de la conjonctivite. Il faut de plus éviter de toucher avec les mains cette pulpe de plante, car elle provoque rapidement une rubéfaction intense accompagnée de picotements très désagréables et pouvant même amener la vésication.

Cette sensation douloureuse ne dure que peu de temps et l'on constate très nettement, lorsqu'elle s'est apaisée, une sensation d'anesthésie tout à fait particulière et rappelant celle provoquée sur les lèvres et la langue par l'aconitine.

Le suc jaune brun recueilli ainsi est légèrement acide et possède une odeur *sui generis.* Il s'oxyde rapidement au contact de l'air et passe au brun noir. Il a été

employé frais et 1 cc. de ce suc correspondait par suite d'une addition d'eau à 1 gramme de plante fraîche.

Il a été expérimenté chez divers animaux et introduit par les différentes voies sous-cutanée, intra-péritonéale, stomacale, intra-veineuse. Nous nous sommes surtout servi du suc de l'*anémone Sylvie*, beaucoup plus actif que celui de l'*anémone Pulsatile*. C'est de lui que nous parlerons ci-après :

Chez les grenouilles, le suc injecté à la dose de 1 ou 2 cc., dans les sacs lymphatiques dorsaux, a donné lieu aux phénomènes suivants :

Quelques minutes après l'injection, l'animal fait deux ou trois sauts et de nombreux mouvements de déglutition, puis il se tapit dans un coin et répond très mal aux excitations; les mouvements sont lents et les membres postérieurs de l'animal ne reviennent que péniblement sous lui.

Quelques minutes après, il se produit une impotence fonctionnelle presque complète avec anesthésie totale. L'animal ne répond plus du tout aux excitations même violentes. Il est flasque et reste dans la position où on le place. Sa gorge se colore en bleu par cyanose. Les mouvements respiratoires sont lents et à peine perceptibles.

Brusquement, on voit apparaître quelques convulsions à type strychnique, puis l'animal meurt flasque.

Les convulsions sont beaucoup moins intenses qu'avec l'anémonine, comme nous le verrons plus tard.

C'est la seule différence que l'on puisse constater.

Une grenouille de moyenne taille, du poids de 25 grammes, meurt en 25 à 30 minutes, après injection sous la peau de 1 cc. du suc d'anémone Sylvie.

Pour le suc d'anémone Pulsatile, les mêmes phénomènes objectifs se représentent, mais il faut atteindre, pour avoir la mort de l'animal dans le même temps, des doses de 2 ou 3 cc.

Chez les cobayes, l'injection intra-péritonéale de suc produit les effets suivants : Après injection de 10 cc. de suc par kilog. d'animal, la mort arrive au bout de 1 à 3 heures. Les animaux présentent d'abord une légère excitation, puis de la somnolence et de la parésie générale, de la paresse aux excitations. La température baisse, les mouvements respiratoires sont fortement ralentis. L'insensibilité et la paralysie sont complètes, puis, quelque temps après, on voit apparaître d'abord des tremblements fibrilliaires qui se généralisent bientôt. Le corps est pris de convulsions généralisées, cloniques, puis toniques, qui se succèdent à plus ou moins grands intervalles. La respiration devient difficile, puis ralentie et profonde. L'animal meurt brusquement, d'ordinaire, dans une convulsion.

A l'autopsie, on trouve surtout des ulcérations siégeant sur la muqueuse de l'estomac, de petites plaques brunâtres, formées par des ecchymoses et des suffusions sanguines. Les vaisseaux sont très dilatés.

Intestin congestionné fortement. Matières liquides et gaz à l'intérieur. Foie, reins congestionnés. Poumons asphyxiques. Cœur en diastole avec caillots noirs. Cerveau : congestion des membranes.

Les phénomènes constatés à la suite d'injection de suc d'anémone Pulsatile sont identiques, mais il faut pour les provoquer des doses beaucoup plus fortes, environ le double de celle de l'anémone Sylvie.

Les tableaux suivants peuvent rendre compte de ce fait.

Anémone Sylvie

Poids	Centim. cubes injectés	Par kilogr. d'animal	Observations
—	—	—	—
450 gr.	5	11 cc.	Mort en 2 heures
490 —	5	10 —	Mort en 1 h. 55
520 —	4	8 —	Mort en 3 h. 30
450 —	4	9 —	Mort en 5 heures
480 —	3	7 —	Mort en 3 heures
500 —	3	6 —	Mort le lendemain
600 —	3	6 —	Mort le lendemain
600 —	3	5 —	Survie

Anémone Pulsatile

Poids	Centim. cubes injectés	Par kilogr. d'animal	Observations
—	—	—	—
500 gr.	11	22 cc.	Mort en 2 heures
490 —	10	22 —	Mort en 1 h. 55
600 —	11	18 —	Mort en 5 heures
450 —	8	17 —	Mort en 6 h. 30
350 —	5	15 —	Mort le lendemain
490 —	9	15 —	Mort le lendemain
650 —	11	15 —	Survie
490 —	7	14 —	Survie

Chez les rongeurs et en particulier chez les lapins, les sucs d'anémones sont à peu près dépourvus de toxicité par voie stomacale.

C'est ainsi qu'un lapin de 3 kilogr. 500 a reçu par cette voie 120 cc. de suc frais d'anémone Sylvie sans présenter aucun phénomène toxique. Cette immunité particulière explique assez bien pourquoi les rongeurs sont si peu sensibles à l'action des plantes fraîches et pourquoi les individus de cette famille ne sont point incommodés après avoir brouté des Renonculacées, alors que les ruminants sont fortement malades à la suite de leur ingestion accidentelle.

Les carnivores sont encore beaucoup plus sensibles à l'action du suc de ces anémones que les herbivores, aussi la toxicité de ces sucs est-elle notablement plus forte chez les chiens.

L'ingestion stomacale ne peut fournir aucun résultat en raison des vomissements qui se produisent presque immédiatement chez l'animal et lui font rejeter la majeure partie du produit.

On peut, cependant, observer à la suite de ces ingestions, de la parésie, de la somnolence, mais jamais nous n'avons pu obtenir la mort à la suite de ce mode d'administration.

L'injection hypodermique est presque impraticable à cause de la douleur intense causée par l'injection, douleur qui met les animaux dans un état d'hyperexcitabilité excessif. Il se produit du décollement de la peau au niveau de l'injection. Le tissu cellulaire sous-cutané est fortement congestionné. L'action irritante et nécrosante même est remarquable.

Par injection intra-veineuse, le suc est fortement toxique. Il doit toujours être dilué dans une solution de sérum légèrement alcalin. Les expériences nous ont montré qu'une dose de 10 cc. de suc dans 500 cc. de sérum injectés dans la saphène amène la mort de l'animal dans l'espace de 1 h. 25, les injections de 100 cc. étaient faites à quart d'heure d'intervalle.

La pression sanguine prise en même temps n'a montré aucun changement, seuls les battements cardiaques ont diminués progressivement d'amplitude et de nombre. Ce n'est qu'à la période immédiatement prémortelle que l'on a constaté une chute de pression coïncidant avec l'arrêt de la respiration.

L'animal a d'abord présenté une diminution très considérable de la sensibilité, accompagnée de parésie et de paraplégie, puis on a vu apparaître des convulsions cloniques et toniques, des vomissements, de la dyspnée qui fait bientôt place à de rares inspirations profondes et difficultueuses.

En raison de l'*oxydase* dont nous avions constaté la présence dans le suc, nous avons voulu voir si l'exposition à l'air du suc diminuait sa toxicité, et nous en avons laissé une certaine quantité dans une capsule de verre à large surface pendant 48 heures au contact de l'air. Au bout de ce temps, la coloration du liquide était devenue presque noire, et nous avons pu constater que sa toxicité avait diminué d'environ moitié ; les phénomènes toxiques provoqués chez les animaux se montrent identiques à ceux obtenus avec le suc frais, mais ils sont beaucoup moins prononcés et évoluent beaucoup plus lentement.

Nous n'avons jamais obtenu avec ce produit que des morts tardives, au bout de deux et trois jours; dans un grand nombre de cas, les animaux, après avoir présenté des symptômes très nets de paraplégie, d'assoupissement et d'insensibilité, se remettent dans les quelques jours qui suivent.

Ces faits sont de nature à éclairer assez nettement le mécanisme de la perte presque complète de toxicité des anémones desséchées. Il se produit une destruction plus ou moins complète des principes actifs par oxydation et le principe actif volatil s'élimine complètement en même temps que l'eau des tissus végétaux s'évapore.

Voulant enfin nous rendre compte de l'influence toxique exercée par les différents principes constituants de ce suc, nous avons opéré de la façon suivante :

Le suc a été précipité par deux fois et demi son volume d'alcool à 95°, on obtient ainsi un abondant précipité floconneux gris jaunâtre. On filtre et le liquide alcoolique évaporé dans le vide est ensuite repris par l'eau de façon à établir le volume du suc primitif. Cette solution injectée à des animaux s'est montrée beaucoup moins toxique que le suc pur.

Les phénomènes toxiques sont à peu près identiques à ceux signalés précédemment. On remarque chez ces animaux une diminution considérable des phénomènes convulsifs qui ne s'observent que chez un très petit nombre de sujets et avec des doses élevées, alors que les phénomènes paralytiques restent identiques. De plus, les lésions gastro intestinales et la congestion des organes viscéraux se montrent beaucoup moins intenses qu'avec le suc frais.

Le précipité fourni par l'alcool a été ensuite repris par l'eau distillée. Une partie seulement de cette masse se dissout en donnant une liqueur jaunâtre. Reprécipitée par l'alcool, puis redissoute dans l'eau, cette portion nous a donné l'oxydase contenue dans la plante.

Cette solution aqueuse, injectée aux animaux même en forte quantité (20 cc., correspondant à 20 grammes de plante fraîche chez un cobaye de 630 grammes), n'a provoqué chez eux aucuns phénomènes appréciables et les animaux ne présentent même pas d'abaissement de température dans les quelques heures qui suivent l'injection.

Le précipité restant s'est dissout, non en totalité, mais en proportion assez considérable dans un sérum alcalin.

La solution de ce précipité injectée par voie intra-péritonéale à un certain nombre de cobayes, a provoqué chez ces animaux des phénomènes toxiques plus ou moins graves suivant les doses injectées.

La toxicité de ce produit est assez faible et il faut, pour obtenir la mort des animaux, injecter en émulsion une quantité d'albuminoïde, correspondant à 25 et 30 grammes de plante fraîche. Les animaux présentent alors surtout de l'abattement, de l'abaissement progressif de la température, de la parésie musculaire avec prédominance du côté des membres postérieurs, de la diarrhée fétide abondante. Dans les cas mortels, on observe, à la fin de l'intoxication, de la dyspnée.

A l'autopsie, on remarque de la congestion intense des intestins et surtout de l'intestin grêle ; le gros intestin est rempli de matières liquides et distendu par les gaz ; le foie et les reins sont légèrement congestionnés. Les poumons sont asphyxiques, les ventricules pleins de caillots noirs.

En résumé, nous pouvons dire que les albuminoïdes précipités du suc frais par l'alcool possèdent une action faible, mais qui ne répond pas à la différence de toxicité du suc total et du suc privé de ses albuminoïdes. Il faut donc attribuer une assez grande importance à l'association des divers principes actifs du suc des anémones dans la production des accidents toxiques. Ce fait confirme encore une fois les travaux de M. le Pr Pouchet sur l'action favorisante des matières albuminoïdes et résinoïdes contenues dans les plantes dans l'éclosion et la marche des phénomènes dans les intoxications par les drogues végétales fraîches.

II. *Anémonine.* — L'expérimentation de l'anémonine chez les différents animaux est assez difficile en raison du peu de solubilité de cette substance, cependant on arrive à avoir des solutions à 1 0/0 dans l'eau contenant 10 0/0 de chlorure de sodium. C'est cette solution que nous avons employée chez les grenouilles et les chiens. Chez les cobayes où l'on opère par voie intra-péritonéale, la solution était faite dans l'huile d'amandes douces qu'ils tolèrent bien.

L'anémonine s'absorbe très lentement dans l'économie ; elle est peu toxique et il faut employer des doses considérables pour provoquer la mort rapide chez les divers animaux. Lorsque la dose n'est pas suffisante pour l'obtenir ainsi, l'évolution des phénomènes se fait lentement, insensiblement pour ainsi dire, et les animaux meurent au bout de deux, trois jours, quelquefois même plus tardivement, aussi est-il difficile de saisir les diverses phases de cette intoxication.

Chez les grenouilles, en injection dans les sacs lymphatiques dorsaux, il faut, pour obtenir cette mort rapide en 1 h. 1/2 à 2 heures, employer les doses de 0 gr. 03 pour un animal du poids moyen de 30 grammes.

Si l'on emploie des doses moindres, l'intoxication traîne avec 0 gr. 02 pendant 4 5 heures, avec 0 gr. 01 pendant 6 à 10 heures.

Au-dessous de cette dose, lorsqu'on injecte, par exemple 0 gr. 005, on peut voir survenir encore la mort de l'animal, mais toujours très tardivement au bout de 24 et même 30 heures.

Les convulsions tétaniques ne commencent que vers la quinzième heure, la paralysie ne s'établissant que plus tard encore.

Dans tous les cas, les phénomènes observés sont identiques. On observe d'abord, presque à la suite de l'injection, une agitation vive avec sauts brusques et presque incoordonnés ; l'animal fait des mouvements de déglutition rapides, les yeux sont saillants.

Puis, au bout de 5 à 10 minutes, l'animal se calme, reste immobile, comme engourdi et étourdi. A la suite d'une excitation mécanique, il fait un saut brusque et cherche à s'éloigner ; pendant les quelques minutes qui suivent, il paraît retrouver toute sa vivacité, mais il revient rapidement à son immobilité primitive.

Au fur et à mesure des progrès de l'intoxication, la torpeur de l'animal s'accroît, il réagit difficilement aux excitations, puis bientôt ne réagit même plus, demeure pelotonné sur lui-même, parfaitement immobile, les yeux demi-clos ; la respiration est lente et superficielle.

Il présente alors une parésie manifeste qui se constate surtout dans les membres postérieurs; bientôt après la paralysie devient complète. Elle est toujours beaucoup plus marquée dans les membres postérieurs qui sont complètement inertes.

A la suite d'une excitation douloureuse intense, les membres antérieurs esquissent un mouvement de progression, les membres postérieurs restent flasques, les mouvements réflexes sont complètement abolis et en particulier ceux des membres postérieurs. Le réflexe palpébral est encore conservé.

Au bout d'un temps plus ou moins long, selon la dose injectée, on voit alors apparaître des convulsions tonico-cloniques, à prédominance tonique avec quelquefois de l'opisthotonos.

L'intensité de ces convulsions est en rapport avec la dose injectée.

Avec des doses minimes, on n'observe guère que des tressaillements dans les membres postérieurs et de la trémulation fibrillaire.

Cette période de convulsions n'arrive que quand la paralysie des membres antérieurs est complète, la sensibilité et les réflexes sont également supprimés. Puis, à la suite d'une série de convulsions plus ou moins importantes, l'animal présente de la résolution musculaire. Il meurt dans cet état, le cœur continue encore à battre pendant quelque temps d'une façon lente et rythmique.

L'animal passe donc par trois périodes, comme l'ont bien vu Nola et Brondgeest. Au commencement, l'animal présente une période hypnotique, puis la paralysie s'établit, enfin dans la dernière phase, on voit apparaître des convulsions. Lorsqu'on réalise une intoxication rapide avec de fortes doses, la paralysie et les convulsions se produisent presque en même temps.

En dehors de ces phénomènes d'ordre nerveux, on constate un changement très net de la coloration de la peau de l'animal. Celle-ci devient sombre et prend une teinte bronzée ou bleuâtre, les extrémités sont cyanosées, la langue augmente de volume et est projetée hors de la gueule. Elle est entourée d'une assez forte quantité de mucus.

Chez les cobayes, à la suite d'une injection de 10 centgr. par kilog. d'animal, on voit se produire d'abord une période d'excitation passagère à laquelle succède bientôt de la somnolence et de la torpeur. L'animal s'accote dans un coin, le bruit et les excitations faibles le laissent indifférent, les yeux sont demi-clos; une excitation douloureuse intense lui fait faire quelques mouvements lents et paresseux, la respiration est ralentie, le cœur lent et régulier.

Ces phénomènes de parésie musculaire et de torpeur durent environ de quatre à six heures. Au bout de ce temps, on voit s'établir progressivement, d'abord dans les membres postérieurs, puis dans les membres antérieurs, de la paralysie, la sensibilité est presque totalement abolie, la respiration est très lente et superficielle, l'animal paraît en état de mort apparente.

Au bout d'un temps variable, huit à dix heures après l'injection, on voit apparaître des convulsions tonico-cloniques avec prédominance tonique qui durent environ un quart d'heure à une demi-heure; puis l'animal meurt brusquement.

Avec des doses plus faibles, on observe les mêmes phénomènes; mais la période de somnolence et de paralysie dure plus longtemps, ce n'est que le lendemain et même plus tard que l'animal présente des convulsions plus faibles avec tremblements, opisthotonos assez marqués. La mort arrive assez souvent seulement au bout du deuxième et même du troisième jour.

A l'autopsie, on voit nettement le cœur en diastole, le sang est noir, d'ordinaire coagulé, les poumons sont fortement asphyxiques, l'estomac et l'intestin sont le siège d'une congestion intense avec parfois ecchymoses et suffusions sanguines. Le foie est congestionné, les reins sont également congestionnés, surtout dans leur partie corticale.

En définitive, les lésions et les phénomènes de l'intoxication montrent que ces animaux meurent par asphyxie, par suite de la paralysie de tous les muscles de la vie de relation et de la vie animale.

Chez le chien, les phénomènes généraux de l'intoxication sont à peu de choses près identiques à ceux constatés chez le cobaye. Par injection intra-veineuse de 0 gr. 10 à 0 gr. 25 par kilog. d'animal, on voit se produire d'abord une période d'agitation avec vomissements violents et répétés. Puis au bout de dix minutes environ, l'animal se calme, va se mettre dans un coin, somnole, puis dort assez profondément. Il faut des doses énormes pour obtenir rapidement, c'est-à-dire au bout de quatre à cinq heures, la mort de l'animal. L'affaiblissement musculaire, la paralysie, la diminution de l'excitabilité réflexe, l'abolition de la sensibilité, se poursuivent progressivement comme chez le cobaye, et ces phénomènes sont en tous points comparables. La période convulsive se manifeste également brusquement, elle présente le type tonico-clonique à prédominance tonique avec opisthotonos, mouvements ambulatoires et mouvements de manège très nets. Les crises convulsives sont subintrantes, séparées par un intervalle très peu marqué les unes des autres. A cette période, succède de la résolution musculaire complète, arrêt de la respiration et enfin arrêt du cœur quelques minutes après.

En résumé, on voit que l'anémonine agit surtout comme un poison du système nerveux central. Après une période d'excitation toujours très brève, on voit se produire une diminution de la vivacité musculaire, de la somnolence, allant jusqu'au sommeil, avec conservation des réflexes pendant un certain temps. C'est en réalité un état hypnotique auquel succède une action paralysante par suite de l'imprégnation plus énergique des centres nerveux.

L'action paralysante de l'anémonine se fait d'abord sentir sur le train postérieur, puis sur les membres antérieurs, elle s'étend ensuite progressivement aux muscles respiratoires et la mort survient par paralysie complète de la respiration.

Cette paralysie n'est pas le résultat d'une action spéciale de l'anémonine sur les nerfs périphériques des muscles ou encore sur les terminaisons nerveuses des nerfs périphériques dans les muscles, car on constate que jusqu'à la mort de l'animal les nerfs et les muscles sont directement excitables.

Chez une grenouille, nous avons préparé les deux sciatiques; sur l'une des pattes, nous avons fait une ligature complète de façon à interrompre le courant sanguin. On fait ensuite une injection d'anémonine. La paralysie se produit également des deux côtés et les deux sciatiques sont également excitables électriquement.

D'après les phénomènes d'intoxication que nous avons pu constater chez les différents animaux, il paraît se produire une action primitive sur le cerveau, puis sur la

moelle. Il y a d'abord perte des mouvements volontaires, puis perte de la motilité réflexe. L'action dépressive s'exerçe d'abord spécialement et électivement sur les centres psycho-moteurs qui président aux mouvements volontaires, puis ensuite sur la moelle dont l'excitabilité et le pouvoir convulsivant diminue progressivement.

Les phénomènes convulsifs que l'on constate dans la dernière période de l'intoxication doivent, comme le prouvent les expériences, être mis sur le compte d'une action bulbaire. Les convulsions ne sont cependant pas dues à l'accumulation de l'acide carbonique dans le sang, car chez le chien, lorsqu'on pratique à cette période la respiration artificielle, on les voit se produire également avec la même intensité.

Chez les animaux intoxiqués faiblement, les phénomènes de somnolence et de parésie musculaire, avec quelquefois paralysie du train postérieur, se montrent seuls. On constate également toujours très nettement une diminution de la sensibilité. Ce sont, au point de vue thérapeutique, les seuls phénomènes à retenir. Ils montrent qu'à dose faible, l'anémonine agit comme diminuant l'excitabilité nerveuse et en particulier l'excitabilité douloureuse.

L'étude des fonctions cardiaques et respiratoires chez les animaux intoxiqués par l'anémonine ne nous a pas montré de phénomènes intéressants.

Chez la grenouille nous avons vu, à la suite de l'injection, les battements du cœur se ralentir progressivement et diminuer d'amplitude sans présenter aucun autre phénomène particulier avec des doses de 2 cc. de suc; si l'on opère avec 1 cc. seulement, on voit se produire un ralentissement avec augmentation d'énergie des pulsations et diastole plus ample.

Chez le chien, même à doses mortelles, les phénomènes sont identiques. Il se produit à doses toxiques une diminution progressive du nombre et de l'intensité des battements cardiaques; la pression sanguine n'est nullement modifiée. Ce n'est qu'à dose mortelle qu'elle baisse brusquement.

La respiration est ralentie pendant toute la période du sommeil et de la paralysie Elle devient de plus en plus superficielle pendant la fin de cette dernière, est suspendue par instants pendant la période de convulsions et s'arrête brusquement d'ordinaire pendant un spasme convulsif.

L'action irritante de l'anémonine est beaucoup plus faible que celle du suc frais. Dans un certain nombre de cas, on a pu constater de la diarrhée, quelquefois plus rarement, de la salivation. La sécrétion urinaire ne paraît pas être modifiée.

On n'a pas signalé jusqu'ici d'intoxications aiguës ou chroniques causées par l'emploi accidentel ou médicamenteux d'anémone ou d'anémonine. Chez les animaux les intoxications sont très rares, car ils évitent avec soin de manger ces plantes fraîches. Lorsqu'elles sont sèches, ils les absorbent sans aucun inconvénient.

Pharmacologie.— Les diverses préparations d'anémones employées à l'heure actuelle sont l'eau distillée d'anémone et l'acoolature qui est seule restée au codex. On emploie également, mais plus rarement, l'extrait alcoolique qui, en raison même de sa préparation, est presque inactif. Un certain nombre d'autres préparations sont mentionnées dans les auteurs anciens qui employaient avec succès l'anémone dans un certain nombre de maladies. Il nous paraît utile de les mentionner; un certain nombre d'entre elles mériteraient peut-être d'être conservées.

Eau distillée. — L'eau distillée s'obtenait en distillant une partie d'anémone fraîche avec une quantité d'eau suffisante pour en retirer quatre parties du produit. Cette eau laisse au bout d'un certain temps déposer l'anémonine. C'est, comme on l'a vu, le procédé employer par Hanriot pour obtenir cette substance.

Cette préparation s'employait à la dose de 30 à 50 grammes.

Alcoolature. — D'après le Codex, on doit contuser les feuilles, les faire macérer dans l'alcool à 90° en vase clos, en agitant de temps en temps : puis, après dix jours de contact, exprimer et filtrer. Cette préparation est une des plus actives, elle se donne à l'intérieur à la dose de deux à vingt gouttes.

Extrait aqueux. — On emploie pour cet extrait le suc de la plante fraîche qui est soumis à l'évaporation au bain-marie jusqu'à réduction au tiers. On laisse refroidir, on filtre et on évapore à nouveau jusqu'à consistance d'extrait mou. Étant donné ce que nous connaissons des propriétés chimiques des principes actifs contenus dans l'anémone, on voit sans peine que cette préparation doit être, sinon totalement inactive, tout au moins fort peu recommandable.

Extrait alcoolique. — Se prépare avec la plante sèche, avec de l'alcool à 60°, et conformément au procédé du Codex. Cet extrait doit être encore beaucoup moins actif que l'extrait aqueux, l'anémone perdant la majeure partie de ses propriétés thérapeutiques et toxiques, par la dessication. Ce produit est absolument à rejeter.

Suc éthéré (procédé de Bouchardat). — La plante fraîche est pressée, le suc est mélangé à assez d'éther pour que, après agitation, il soit surnagé par une couche légère de ce liquide. Après 24 heures, on enlève la couche d'éther avec une pipette, on filtre pour séparer le dépôt formé, on remet l'éther précédemment enlevé et l'on conserve en vases hermétiquement clos.

Cette préparation doit être assez active ; cependant, les sucs ainsi préparés ne peuvent se conserver pendant longtemps ; ils sont tombés dans l'oubli.

L'anémonine se prescrit à la dose de 0 gr. 05 à 0 gr. 20, soit en pilule, soit en solution alcoolique.

On a employé également l'anémonine pour l'usage externe pour provoquer la vésication. Van Kenterghem a pu obtenir ce résultat en imbibant un linge avec quelques gouttes d'une solution alcoolique à 1/100 et en l'appliquant sur la peau.

On l'a également employée en collyre, mais dans ce cas il ne faut jamais dépasser le titre de 1/1000.

Graffe a pourtant indiqué la formule suivante :

Anémonine	12 grammes
Eau bouillante	Q. S.

pour faire 100 grammes d'infusion ajouter :

Sublimé corrosif	0 gr. 05

instiller 3 à 4 gouttes dans l'œil.

Cette formule nous paraît dangereuse.

Kamm, qui a beaucoup employé l'anémone, l'a prescrite chez des enfants contre la coqueluche, il employait l'extrait aqueux dont il donnait :

1 à 2 centigrammes.	Trois fois par jour aux très petits enfants.
3 à 5 —	Pour les enfants de 6 mois.
5 à 8 —	Pour ceux de 6 à 7 ans.

Lewis Schapter, Martel, Donnan, ont surtout employé la teinture dans les cas de névrose d'origine du sympathique, d'orchite, de dysménnorrhées, à la dose de XX à C gouttes par jour par doses croissantes.

Dans ces dernières années, l'anémonine a sourtout été prescrite de préférence avec une préparation galénique d'anémone.

Browsky la donne dans le catarrhe bronchique, l'asthme, la toux convulsive sous forme de poudre à la dose de 0 gr. 05 à 0 gr. 10 par jour.

Dujardin Beaumetz et Bovet la prescrivent dans les affections utérines à la dose de 0 gr. 5 à 0 gr. 20 au maximum.

Enfin, Labadie-Lagrave et Huchard la prescrivent à ces mêmes doses dans les cas de dysmenorrhées, d'amenorrhées, d'orchite traumatique, ourlienne, blennorrhagique, aux mêmes doses, mais préfèrent de beaucoup les solutions alcooliques.

En résumé, l'alcoolature de feuilles d'anémone est la seule préparation galénique qui mérite d'être conservée. Le suc de plantes fraîches qui a servi à nos expérimentations physiologiques pourrait lui être avantageusement substitué et nous paraît posséder une activité beaucoup plus grande. L'anémonine mérite d'être conservée également en raison de ses propriétés physiques et chimiques permettant de vérifier sa pureté, elle possède cependant des propriétés thérapeutiques moindres que les préparations faites avec la plante fraîche.

Dans une thèse récente, Ballon a repris l'étude thérapeutique de l'anémonine et des préparations d'anémones. Il confirme les résultats obtenus par les différents praticiens qui se sont occupé de ces produits. Pour lui, c'est un analgésique du plus haut intérêt dont l'action paraît surtout se localiser sur la sphère du sympathique.

Cette propriété et son peu de toxicité méritent de faire rentrer dans la thérapeutique courante un médicament qui n'en est sorti que par suite de l'emploi exagéré et grotesque qu'en ont fait les homéopathes.

N'oublions pas qu'à l'heure actuelle ils s'en servent avec avantage contre les affections bronchiques spasmodiques et que souvent les coqueluches qu'ils guérissent quelquefois si facilement ne le sont que grâce à l'emploi de l'alcoolature d'anémone Pulsatile. Cette préparation est, du reste, restée au Codex.

Ballon a employé également l'anémonine en solution alcoolique et l'alcoolature d'anémone.

Il en a obtenu d'excellents résultats dans le traitement des affections génitales douloureuses de la femme et de l'homme.

Cette médication serait presque spécifique dans les dyménorrhées douloureuses, les ovarites, les orchites, en un mot, dans les affections inflammatoires des organes génitaux et de leurs annexes.

Elle a également donné de fort bons résultats dans la coqueluche, l'asthme des foins et en général, dans les affections spasmodiques relevant de troubles du sympathique.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies générales non infectieuses et intoxications

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Etiologie et traitement de l'artériosclérose, par O. T. Osborne (*Soc. Amer. de thérapeut. Med. Record*, 23 juillet 1904). — L'augmentation de la pression sanguine joue un rôle important parmi toutes les causes génératrices de l'artériosclérose, en cela un trouble apporté dans le fonctionnement des glandes à sécrétion interne serait, d'après l'auteur un facteur très important dans l'étiologie de la maladie. L'artériosclérose qui survient graduellement à un âge avancé est due à l'élévation naturelle de la pression sanguine qui relève à cet âge de la diminution de la sécrétion thyroïdienne ou de l'augmentation de la sécrétion des capsules surrénales. Une autre hypothèse soutenable, est celle qui admet la présence dans le sang de quelque substance irritante qui excite les centres vasomoteurs, pour amener la contraction des vaisseaux périphériques. Tant qu'il existe une hypertrophie compensatrice, il ne se produit aucun trouble, mais les symptômes significatifs apparaissent dès que l'énergie musculaire baisse. En traitant convenablement le malade, les effets de l'artériosclérose peuvent être ajournés pour des années. Le malade doit manger moins, boire moins, faire de l'exercice régulièrement afin d'assurer une meilleure irrigation des muscles et soulager le système artériel, se reposer pendant une certaine période et peut-être se soumettre à une médication appropriée.

Pour abaisser la tension sanguine on peut avoir recours au traitement thyroïdien ou aux iodures à petites doses, lorsqu'on suppose que la sécrétion thyroïdienne est diminuée. On doit attacher une importance spéciale au repos, à l'exercice, au régime et aux autres facteurs hygiéniques.

M. Weber établit une distinction entre l'artériosclérose des gens âgés et celle qui survient de bonne heure. Celle-ci est anormale et dangereuse, parce qu'elle est associée avec des altérations organiques. La syphilis, la goutte et l'alcoolisme sont les causes les plus importantes de l'artériosclérose prématurée. Dans ce cas les iodures à doses modérées donnent les meilleurs résultats, ils agissent sur les infiltrations de l'endartérite syphilitique. Les goutteux bénéficient de l'emploi de l'iodure de sodium. Les malades atteints de néphrite interstitielle au retour d'une cure hydrominérale ne doivent pas boire de l'eau à l'excès.

L. Jumon.

Urémie cérébrale grave au cours d'une néphrite diphtérique ignorée, guérison après ponction lombaire, par Castelain et Surmont (*Echo médical du Nord*, 17 juillet 1904). — L'observation présentée offre des particularités intéressantes. Un homme de 50 ans est atteint d'une angine diphtérique assez bénigne pour ne pas faire appeler son médecin. A la suite, il éprouve de la faiblesse générale et de la céphalalgie ; puis, une dizaine de jours après l'angine, la céphalée prend brusquement une intensité extrême : le malade a des convulsions et tombe dans le coma, sans apparition d'œdèmes, ni de dyspnée. Le diagnostic hésite entre une attaque d'urémie et une hémorragie cérébrale ou méningée. On sonde le malade et on obtient une urine fortement albumineuse et on retire 31 cc. de liquide par la ponction lombaire. Une amélioration se dessine dans la soirée, et le lendemain matin le malade est tout a fait guéri, il est tout étonné de voir les médecins auprès de lui, sa céphalée a complètement disparu. La guérison se fit rapidement sous l'influence du régime lacté intégral. Cette observation soulève la question de l'influence heureuse que peut avoir eue la ponction lombaire qui a été pratiquée ici dans le but d'éclairer le diagnostic.

A l'heure actuelle, il existe dans la science un certain nombre de cas d'urémie à forme nerveuse qui, soit au cours de la néphrite aiguë, soit au cours de la néphrite chronique, ont été traités par la ponction lombaire et se sont terminés par la guérison. Il est difficile de certifier d'une façon absolue que la ponction a eu une action favorable, car il existe aussi d'assez nombreux insuccès. Mais il faut remarquer que la pathogénie des encéphalopathies d'origine urémique est multiple. Les résultats variables de la ponction lombaire paraissent être pour les auteurs de l'observation un argument à l'appui de cette manière de voir. Dans l'urémie cérébrale, la ponction lombaire peut avoir une action de décompression et une action de désintoxication. La décompression entre en jeu lorsque le liquide céphalo-rachidien s'écoule en jet, dans les cas où la pression mesurée est supérieure à la pression normale, dans les cas où la quantité de liquide écoulée est considérable. Dans les conditions contraires, il faut faire intervenir la désintoxicaton. Dans quelques cas d'urémie nerveuse, en effet, il y a exagération de la perméabilité de la pie-mère, et le liquide devient alors toxique. C'est ce qu'ont démontré certaines recherches. Cette toxicité a été trouvée par Castaigne quatre fois sur douze cas d'urémie nerveuse. L'enlèvement d'une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien dans ces circonstances équivaut donc à la soustraction d'une quantité notable de substances toxiques, et procure une sédation rapide des accidents, et même une guérison complète dans les cas où la néphrite est curable.

Comme conclusion pratique de cette observation, il y a lieu, chez les sujets atteints de céphalée brightique ou d'urémie nerveuse grave, de recourir à la ponction lombaire, soit immédiatement, soit lorsque les autres moyens de traitement se sont montrés inefficaces.

L. Jumon.

Gangrène diabétique des extrémités, indications thérapeutiques, par Hildebrandt. (*Centrbl. f. Chir.*, 6 août 1904). — Comme la gangrène sénile, la gangrène diabétique tient à l'angiosclérose, mais s'en distingue par l'âge des malades. Les lésions vasculaires amènent des troubles circulatoires qui sont la cause habituelle de cette complication. Une deuxième forme de gangrène diabétique est la forme inflammatoire qui succède à un léger traumatisme, à des lésions de grattage, etc. Les complications inflammatoires sont faciles chez le diabétique parce que les germes pyogènes prospèrent facilement dans les milieux sucrés. L'alcoolisme chez le diabétique peut favoriser dans une grande mesure la gangrène.

Dans le traitement chirurgical de la gangrène confirmée, il faut éviter tous les pansements humides, même désinfectants, afin d'arrêter les complications phlegmoneuses. On panse à sec avec de l'iodoforme et de l'ouate hydrophile, afin de pouvoir absorber toutes les sécrétions. Contre les phlegmons, l'auteur recommande de larges incisions et l'élévation du membre. En outre, il faut combattre la glycosurie par un régime convenable. Si l'on en arrive à l'amputation, il faut choisir le lieu d'opération d'après l'état des vaisseaux, c'est-à-dire d'après les limites d'une circulation sanguine suffisante. On se sert de l'éther comme anesthésique général, les injections de Schleich amenant assez souvent de nouvelles gangrènes. De même, il faut éviter pour la même raison d'appliquer la bande d'Esmarch. L'état du cœur et le degré d'infection sont les deux éléments sur lesquels s'appuie le pronostic opératoire.

L. Jumon.

Les chlorures et les œdèmes, par Rénon (*Journal des praticiens*, 13 août 04). — L'auteur rappelle qu'il faut dans cette question toujours nettement distinguer les œdèmes *mécaniques* par pression augmentée du système veineux (asystolie) des œdèmes *par rétention des chlorures* (néphrite aiguë) : ces derniers, n'étant pas suffisamment éliminés par les reins, quittent le sang, qui offre toujours la même composition, et s'accumulent dans les tissus interstitiel et cellulaire. Le sel ainsi fixé attire l'eau, d'où l'œdème. Le régime déchloruré convient en conséquence surtout à ces derniers malades, ceux de la première catégorie y trouveront beaucoup moins de bénéfice.

Une autre conséquence de ces données est le danger qu'il y a à injecter du sérum artificiel chez les rénaux, les urémiques, etc , et dans les états infectieux, dans lesquels très souvent les reins sont affectés.

E. Vogt.

Le traitement mécanique des œdèmes, par le Dr Colombo (de Rome) (*Journal de physiothérapie*, 15 août 1904). — L'auteur propose une technique détaillée.

La pression en bracelet est une manœuvre destinée à agir sur les œdèmes volumineux et pas trop durs, qui se produisent dans les membres et spécialement dans les membres inférieurs, du genou au pied. Le liquide séreux qui s'infiltre dans tous les tissus est exprimé de la trame des éléments cellulaires et poussé

dans les interstices connectifs, d'où il rentre dans la circulation générale.

A cet effet, l'opérateur appuie le membre œdémateux sur un soutien à la hauteur du genou, s'il s'agit d'une jambe; puis, avec une ou deux mains selon son volume, il saisit le membre près de sa racine, et en enlace un segment avec la partie palmaire de la main et des doigts. Sur ce segment, pris ainsi comme dans un anneau, il exerce une pression progressivement croissante, sous laquelle l'œdème cède peu à peu, au point de produire un sillon circulaire assez profond. Puis, l'opérateur déplace vers l'extrémité du membre sa main ou ses mains, et enlace avec cet anneau vivant un segment immédiatement sous-jacent au premier. On observe alors que le liquide dont ce deuxième segment est imprégné, cédant sous cette pression, ne se déplace pas vers l'extrémité du membre dont les tissus, déjà fortement imprégnés, opposent une grande résistance, mais se dirige vers la racine du membre, envahissant le sillon au-dessus et occupant les interstices connectifs déjà dégorgés par la pression précédente.

On continue à opérer de la même façon sur un troisième, puis sur un quatrième et enfin sur autant de segments successifs qu'il est besoin, jusqu'à l'extrémité du membre.

A la fin de la manœuvre, l'on peut constater que la peau du membre a perdu de sa tension, que l'œdème est devenu moins dur et que les tissus cèdent davantage.

On recommence alors toute l'opération de la même manière, prenant le premier segment près de la racine du membre et continuant sur les segments successifs jusqu'à l'extrémité du membre, ainsi qu'il a été décrit.

Cette deuxième répétition des manœuvres est plus facile et beaucoup plus efficace, une partie du liquide séreux étant déjà rentrée dans la circulation générale. Après quinze ou vingt secondes de pression, il se forme déjà à chaque segment un sillon profond, et quand la manœuvre est terminée les veines se dessinent déjà sous la peau.

Une troisième répétition de la manœuvre complète l'opération.

Si l'œdème est très dur, les *pressions en bracelet* ne sont plus suffisantes pour en provoquer l'absorption. Il est alors indispensable d'employer des pressions plus énergiques, que la main de l'homme ne peut exercer par elle-même, et de recourir au *bandage expulsif temporaire*.

Voici comment on l'exécute. L'opérateur appuie convenablement le membre œdémateux; et, avec une bande de toile forte, longue de trois à cinq mètres et large de sept à huit centimètres, bien enroulée, il enveloppe étroitement le membre malade en commençant par l'extrémité. Les développements en spire de la bande doivent être faits par *imbrication*.

Au bout de cinquante à soixante secondes, on enlève la bande, et, après l'avoir enroulée, on répète l'opération deux, trois ou quatre fois, toujours de la même façon.

E. Vogt.

L'hypnose chez les alcooliques (*Medic. Obosr.*, n° 18, 1903). — Servnitzky décrit le traitement par l'hypnose employé dans la clinique du Pr Bechtereff.

Les conditions du traitement sont les suivantes :

L'hypnose n'exclut pas d'autres méthodes de traitement. Le malade doit se remettre volontairement sous la surveillance d'une tierce personne qui renseigne complètement le médecin sur sa conduite. Aucune violence n'est exercée sur le malade; il a même toujours quelque argent en poche, ce qui peut lui permettre de « boire un coup ». Il est prescrit à l'entourage du malade de ne pas lui faire de reproches, ne pas l'obséder de conseils, mais au contraire de le réconforter.

La première suggestion est faite en état de veille. On détermine alors l'impressionnabilité du malade. Ensuite on procède à son examen physique et psychique et l'on détermine le type de son alcoolisme (en dehors de l'habitude, ce qui pousse l'alcoolique à boire, c'est l'affaiblissement général).

On prescrit un régime sévère, deux fois par jour friction ou douches; deux fois par semaine bains froids (pas au-dessous de 25° R). Promenades obligatoires. Egalement obligatoire un régime végétarien grossier : pain bis, légumes, panades, etc. Comme médicaments : les cardiaques combinés aux bromures, l'iode ou la strychnine pendant un ou deux mois. Dans les cas plus aigus; digitale et strophantus; dans les cas moins aigus, adonis.

Pour améliorer la digestion, on prescrit souvent du charbon dans de l'eau (poudre de Belloc, 1/2 cuillerée à café), deux fois par jour; parfois, en cas de constipation, des lavements d'huile. Parfois le malade cesse de boire après la première séance en état de veille; le traitement médicamenteux ne fait que le confirmer dans sa décision de ne plus boire. Les alcooliques sont facilement hypnotisés et leur impressionnabilité est grande. Le caractère de la suggestion est différent, suivant l'intelligence du malade, ses conditions d'existence, etc. Le plus souvent on fait 6 à 8 séances de sugges-

tion tous les deux jours; plus tard les séances sont plus espacées. Au bout de 2 à 3 mois, le malade ne vient à la clinique qu'une fois par semaine. Ce sont généralement des alcooliques très intoxiqués qui s'adressent à la clinique. La durée du traitement a été en moyenne de 3 à 4 mois. Il arrive que des récidives se produisent.

J. Roubleff.

Chirurgie générale

Dr BENOIT

Ancien interne des hôpitaux

L'intervention chirurgicale dans la gangrène pulmonaire, par Auvray (*La Presse médicale* 20 juillet 04). — L'auteur a colligé tous les cas publiés depuis 1898; ils sont au nombre de 63 avec 25 morts : cette mortalité est à peu près semblable à celle de la période précédente, et semble démontrer que dans ces dernières années, on n'a pas réussi à diminuer les dangers de cette grave intervention. Le plus souvent, la mort est imputable à l'état d'épuisement et d'infection profonde du malade opéré trop tard, ou encore à l'existence de foyers gangréneux méconnus dans d'autres organes. La cause productrice de la gangrène joue aussi un rôle dans ce résultat : la mortalité, moins élevée quand la gangrène est due aux affections inflammatoires du poumon, devient considérable si elle est due à la bronchectasie, aux corps étrangers, aux plaies, aux embolies, aux perforations de l'œsophage.

Les résultats éloignés sont parfois irréprochables, si l'on excepte quelques cas de déformations thoraciques, d'ailleurs bien supportées par les opérés. Mais souvent aussi, des symptômes pulmonaires persistent, surtout quand la gangrène est venue compliquer une affection chronique du poumon, alors qu'on voit des cas aigus guérir en quelques semaines.

Le traitement médical étant inefficace, le drainage par voie bronchique insuffisant, l'intervention s'impose en général dans cette affection à marche rapide et sans cesse aggravante : elle doit être effectuée aussitôt que possible, à moins qu'on ne trouve encore aucun signe de foyer, ou que l'autre poumon soit irrémédiablement compromis. On s'abstiendra enfin, en cas de gangrène diffuse, de foyers petits et multiples disséminés dans un ou les deux poumons, et inaccessibles.

Il résulte de ces réserves que l'intervention est surtout indiquée dans les cas où existe un foyer unique, bien circonscrit, dans une zone abordable, même si le foyer est étendu. La gravité de l'état général n'est pas une contre-indication, à moins qu'il ne soit désespéré.

Les ponctions simples ou suivies d'injections sont dans la grande majorité des cas des méthodes insuffisantes, l'opération de choix est la pneumotomie, qui sera précoce et large.

E. Voet.

Imperforation de l'œsophage (*Soc. de Chir.*, 6 et 13 juillet). — M. Villemin a communiqué un cas, dans lequel le sujet, après gastrostomie, vécut cinq jours. M. Kirmisson a fait la même intervention chez un bébé, dont l'estomac distendu à un haut degré se rompit pendant l'opération. Il y eut mort par hémorragie.

Dans tous ces cas, l'autopsie a permis de voir que l'œsophage terminé en cul-de-sac par en haut venait s'aboucher en bas dans la trachée. Cette communication anormale avec les voies aériennes est notée si souvent qu'elle est presque la règle. On peut donc se ranger de l'opinion exprimée à la Société par M. A. Broca, c'est qu'aucune intervention opératoire ne pouvant être utile à l'enfant, mieux vaut s'en abstenir.

A. Benoit.

Arthrite déformante et son traitement, par L. Volipinski (*Soc. am. de thér. Méd. Record*, 23 juillet 1904). — Après avoir dit quelques mots sur l'étiologie et les symptômes, l'auteur établit les indications suivantes : soulager la douleur, corriger la raideur et les contractures, accroître la force musculaire, traiter l'anémie, accroître au besoin le poids du corps, traiter le cœur. Pour les remplir, trois agents sont nécessaires, sans qu'aucun d'eux puisse suffire quand il est employé seul. Contre la douleur, l'anémie, la faiblesse du pouls, la nutrition en souffrance, en donnera l'arsenic. La raideur, la contracture et l'atrophie musculaire seront combattues par l'exercice. A l'affaiblissement, la perte de poids et la douleur, on opposera une alimentation abondante et choisie afin de relever la nutrition. L'arsenic doit être employé pendant un an ou davantage. On peut le donner sous forme de liqueur de Fowler, d'arsenite de zinc ou d'injections hypodermiques, suivant la variété et les indications. L'exercice volontaire et le régime ont une influence spéciale sur la maladie.

L. Jumon.

Traitement rationnel des échardes du pied, par Oechsner (*New. Orl., méd. and. surg. J.*, août 1904). — Les blessures du pied faites avec

des corps étrangers sont particulièrement aptes à entraîner le tétanos. Dans quatre cas consécutifs de ces lésions que l'auteur a examinés au point de vue bactériologique, il a trouvé le bacille tétanique dans un cas.

Pour ces lésions du pied, il a adopté un traitement systématique qu'il applique aussi bien en ville qu'à l'hôpital.

Sous l'anesthésie générale ou locale, le trajet de l'écharde est mis à nu, le corps étranger est enlevé et le trajet est curetté, puis lavé à l'acide phénique à 95 0/0 suivi d'une application d'alcool; sur la plaie est appliqué un pansement humide au sublimé, puis on injecte une dose prophylactique de dix centimètres cubes de sérum antitétanique. Dans aucun des cas ainsi traités, le tétanos n'est survenu.

En tout cas, il faut essayer de tenir la plaie ouverte.

Il faut rejeter l'emploi du thermo-cautère, parce que l'eschare cache la plaie, l'infiltration se poursuit et distribue le virus dans la plaie. L'injection intra-spinale de sérum est plus rationnelle que l'injection intra-cérébrale. Enfin, il faut renseigner le public sur le danger qu'il y a à négliger des soins pour les corps étrangers du pied.

L. Jumon.

Traitement des angiomes par l'eau chaude, par John A. Wyeth (*Médical Record*, 30 juillet 1904). — Les angiomes artériels ou anévrysmes cirsoïdes et les angiomes veineux ou nœvus caverneux ont donné de meilleurs résultats que les angiomes capillaires sous l'influence de ce traitement. L'auteur relate un grand nombre de cas de nœvus caverneux inopérables qui tous furent traités avec succès par l'eau portée à une température élevée. La coagulation s'effectue après quelques injections et la masse indurée subit une métamorphose granuleuse et disparaît par absorption. Il n'y a jamais eu passage du coagulum de la région opérée dans la circulation générale et l'auteur pense qu'il convient de prendre les précautions nécessaires pour éviter ces accidents. Il ne faut qu'une petite quantité d'eau pour pratiquer ces injections, en général cinq gouttes pour chaque piqûre. Il est toujours sage de faire de la compression du côté le plus rapproché du cœur dans les angiomes caverneux, jusqu'à ce que la coagulation soit produite. Si la tumeur siège sur un membre avec assez d'espace entre le néoplasme et le tronc, on peut employer avec avantage le tourniquet. Lorsqu'on emploie l'eau chaude pour faire disparaître ces tumeurs, il faut avoir soin de ne pas produire de sphacèle dans les points d'application en se servant d'eau trop chaude ou en injectant une trop grande quantité d'eau sur le même point. En retirant l'instrument du récipient d'eau bouillante, en le remplissant, ajustant l'aiguille et appliquant l'instrument, il s'est écoulé un assez long temps pour que l'eau se soit considérablement refroidie. Les mains de l'opérateur ainsi que toute la région où on ne fait pas l'injection doivent être protégées. Un assistant tient à la main une éponge imbibée d'eau froide pour l'appliquer dans le cas où l'eau injectée refluerait à travers la piqûre. La variété capillaire a beaucoup de tendance à s'infecter et à suppurer pour laisser une cicatrice. L'aiguille est enfoncée à une certaine profondeur au-delà du bord de la tumeur vers le centre et injecte l'eau chaude jusqu'à ce que l'angiome commence à se tuméfier et à prendre une couleur grisâtre. Une simple application de gaze sèche suffit comme traitement consécutif.

Wyeth s'accorde avec Rodman pour reconnaître que lorsque les tumeurs peuvent être entièrement enlevées par l'excision avec les précautions antiseptiques d'usage, il faut donner la préférence à cette méthode.

L. Jumon.

Radium-thérapie du cancer de l'œsophage, par Max Einhorn (*Médical Record*, 30 juillet 1904). — L'auteur a traité en tout neuf cas de cancer de l'œsophage par des applications internes de radium. A cet effet, le radium était placé dans un petit réceptable en forme d'olive, introduit dans l'œsophage à l'extrémité d'une bougie. La quantité de radium était de 0,25, correspondant à 20.000 unités, l'application durait une demi-heure.

Les malades n'étaient soumis à d'autre traitement qu'à un régime particulier et occasionnellement à l'usage du sirop de codéïne. Sur ces neuf cas, six présentèrent une amélioration du rétrécissement. En même temps les malades pouvaient se nourrir avec beaucoup plus de facilité. Dans trois cas, on ne put constater aucune amélioration. Dans deux cas, le traitement n'a pas été continué assez longtemps et, dans le troisième, le traitement a été trop irrégulier pour pouvoir en attendre de bons résultats. A en juger par les quelques cas qui ont été traités assez longtemps et régulièrement, il semble démontré qu'il se produit une réduction partielle de la tumeur, cause du rétrécissement. Il ne s'est produit aucun incident désagréable au cours du traitement. Dans quelques cas seulement on a pu observer une diminution des douleurs.

Bien qu'il n'y ait eu de guérison dans aucun cas, l'amélioration qui s'est produite a été par

elle-même d'une importance marquée et laisse voir qu'on peut rendre perméable les rétrécissements par le traitement par le radium et prolonger ainsi la vie des malades. Peut-être obtiendra-t-on davantage dans quelques cas en commençant le traitement de bonne heure.

L. Jumon.

Cas de cancer traités par la cataphorèse mercurielle, par Am. Granger (*New-Orléans med. a. Surg. J.*, août 1904). — L'emploi de la cataphorèse mercurielle est due à Massey qui a publié son procédé en 1895. Les électrodes qui servent à cet objet sont en zinc amalgamé de diverses dimensions. Sous l'action électrolytique du courant, les liquides des régions affectées sont décomposés, les ions acides allant au pôle positif, les ions basiques au pôle négatif. Le pôle positif est le pôle actif, car les ions acides attaquent l'électrode de zinc amalgamé, formant des oxychlorures de zinc et de mercure, sels très astringents et très germicides. Ces sels naissants sont emportés par la propriété cataphorique du courant loin de l'électrode passant à travers les tissus contenant les cellules cancéreuses. A leur passage, ils s'emparent de l'albumine des cellules et établissent une zone de stérilisation suffisante pour détruire les cellules cancéreuses, sans atteindre le tissu sain, qui est seulement irrité. Trois malades atteints d'affection cancéreuse ont été soumis à ce procédé. La première était un épithélioma de la paupière inférieure, qui augmentait progressivement de volume et qui était ulcéré au centre. Le traitement a consisté en trois applications légères de cataphorèse mercurielle faites à l'aide de l'anesthésie locale.

Les tissus malades furent complètement éliminés, laissant une excavation saine qui granula rapidement. La guérison eut lieu sans difformité réelle, avec conservation des mouvements de la paupière.

Le second cas est un épithélioma de la langu remontant à cinq ans, et qui débuta sous la forme d'un petit nodule ulcéré. Dans les derniers temps les nodules cancéreux avaient pris de l'extension. On fit une application du traitement sous l'anesthésie générale. La durée de l'application fut d'une heure quinze minutes avec un courant moyen de 150 milliampères qui détruisit complètement la tumeur. Le tissu nécrosé tomba complètement dix jours après le traitement. Il ne resta au bout de la guérison qu'une cicatrice blanche déprimée.

Le troisième sujet était un cas de cancer récidivant inopérable du côté droit du cou. La tumeur ulcérée offrait le volume d'un œuf. La récidive eut lieu dans la cicatrice deux mois après l'opération. Le traitement par les rayons X amena une violente réaction qui obligea à l'abandonner pendant trois à quatre semaines. De nouvelles séances parurent arrêter la maladie, qui fit ensuite des progrès rapides en dépit du traitement. Plusieurs applications de cataphorèse mercurielle furent alors faites avec une intensité de 100 à 200 milliampères, avec des séances de deux heures quinze minutes de durée. La destruction parut complète à part un point près du méat auditif, point qui fut traité de la même manière dans la suite. Trois semaines après la dernière application, la surface se couvrait de granulation,, puis se cicatrisait. En même temps l'aspect cachectique du malade disparaissait.

L'auteur conclut de ses cas que la cataphorèse mercurielle est un excellent moyen non seulement de détruire une tumeur maligne, mais de stériliser aussi les tissus environnants qui ne paraissent pas affectés. L'odeur fœtide qui existe habituellement disparaît pendant l'application dès que les sels mercuriels se sont diffusés dans les parties affectées. Les tissus normaux environnants semblent avoir leur activité physiologique accrue, ainsi que le montre la rapidité de la cicatrisation. Malgré l'absence de ptyalisme, l'absorption peut produire ses effets altérants et toniques.

L. Jumon.

L'analgésie locale par la stovaïne, par P. Reclus (*La Presse Médicale*, 9 juillet 1904). — L'auteur, à la suite de plusieurs essais, par exemple en anesthésiant la moitié d'une incision à la cocaïne, l'autre moitié à la stovaïne, a pu reconnaître que la puissance analgésique des deux substances est la même. C'est la première fois que l'auteur rencontre un produit valant la cocaïne.

La stovaïne est moins toxique que l'analgésique courant : on peut employer des doses allant jusqu'à 0 gr. 20 sans inconvénients : les petits troubles physiologiques (pâleur, anxiété précordiale) sont extrêmement rares.

La stovaïne est vaso-dilatatrice et non vaso-constrictive comme la cocaïne : le champ opératoire est donc facilement envahi par le sang et le bourrelet que soulève l'injection intra-dermique n'est pas très visible, mais on a le grand avantage de pouvoir opérer les malades assis, sans crainte de vaso-constriction cérébrale.

La stovaïne, étant obtenue par synthèse, est enfin moins chère que la cocaïne.

E. Vogt.

L'analgésie cocaïno-adrénalique, par F. Gangitano (*Riforma medica*,, n° 36, 1903). — Les préparations tirées des capsules surrénales

ont pris une grande importance dans le traitement de plusieurs maladies; une des propriétés les plus utilisées est l'action vaso-constrictrice. Battier, le premier, et plusieurs auteurs après lui, se sont trouvés très bien de son association avec la cocaïne. L'auteur a préparé une solution de chlorhydrate d'adrénaline au millième et de chlorhydrate de cocaïne à 0,50 0/0. Pour les injections, il a toujours employé la seringue de Roux: il injectait un mélange de 9 cc. de solution cocaïnique avec 1 cc³ de solution d'adrénaline; avec 2 cc. d'adrénaline par 8 cc. de cocaïne on avait une anesthésie complète de 7-8 minutes après l'injection. L'auteur a ainsi pratiqué plus de 100 opérations à la tête, au cou et au thorax : il a fait des laparotomies, des herniotomies inguinales et crurales, incisé des adénites de l'aine, et pratiqué des opérations sur les organes uro-génitaux. Il croit que la solution cocaïno-adrénalique présente réellement de grands avantages : on peut, grâce à elle, diminuer la dose de cocaïne, et par conséquent éviter des phénomènes d'intoxication, en outre l'action puissamment vaso-constrictrice de l'adrénaline, en débarrassant du sang le champ opératoire, permet d'opérer plus rapidement et plus commodément.

A.-L. Percival.

Maladies des Voies digestives

Dr Soupault

Médecin des hôpitaux

Ulcère simple de l'estomac, son traitement chez une tuberculeuse, par Lenoir (*Journal de méd. interne*, 15 août 1904). — La complication d'une tuberculose pulmonaire rend le traitement de l'ulcère de l'estomac particulièrement délicat. Cependant le traitement, dit l'auteur, comporte des indications primordiales, visant d'une part l'état aigu et, d'autre part, la période d'amélioration. Dans la période aiguë, l'ulcère, comme toute plaie, doit être soigné par le repos de l'organe et le repos général au lit ; abstinence complète, injections morphinées, applications de larges vessies de glace sur l'épigastre.

Des lavements d'eau simple calmeront la soif, il faut éviter l'eau salée, étant donnée la tendance à l'hyperchlorhydrie. On additionne les lavements d'un peu de laudanum, comme quantité 250 à 300 cc. qu'on répète toutes les quatre à six heures. On peut y joindre des injections sous-cutanées d'eau salée, des lavages de la souche avec l'eau de Vichy ou une eau légèrement aromatisée. On peut, dans certains cas, autoriser l'ingestion de fragments de glace. Cette cure de repos absolu doit durer de deux à quatre jours selon les circonstances. Si elle devait être prolongée, il faudrait recourir aux lavements alimentaires. Dans les cas où il y a eu d'abondantes hémorragies et où les douleurs sont vives on prescrira, en outre, des piqûres de morphine, de petites doses de craie, 0 gr. 50 toutes les heures ou du bicarbonate de soude; ce dernier a l'inconvénient d'exciter la sécrétion gastrique. On donnera encore de la poudre de sous-nitrate de bismuth et, si besoin est, on fera des injections d'ergotine ou d'adrénaline.

Ce n'est que progressivement que l'on reviendra à l'alimentation en permettant d'abord les boissons, le lait par petites quantités, une cuillerée à café chaque heure avec un peu d'eau, le lendemain une cuillerée à soupe, joint aux lavements nutritifs. Au lait on ajoutera un alcalin, de l'eau de chaux, de la craie, du bicarbonate de soude, de la magnésie.

Le cas de la malade est particulièrement intéressant en raison de ses tendances bacillaires, car on est obligé d'atténuer autant que possible la rigueur de la diète, et tout en soignant son ulcère, il faut arriver à la suralimentation qui lui est nécessaire.

L. Jumon.

Sur l'ulcère gastrique et son traitement, par D. F. Fogg (*Medical Record*, 30 juillet 1904). — Après avoir exposé les diverses conditions locales qui contribuent à la genèse de l'ulcère de l'estomac, l'auteur fait jouer à l'excès d'acide chlorhydrique un grand rôle dans la production et l'entretien de l'ulcère. Ce qu'il importe, c'est de diagnostiquer de bonne heure la maladie afin de la traiter sans retard. On connaît les symptômes de l'ulcère de l'estomac, l'hémorragie est un symptôme important, mais son absence n'a pas de valeur.

Beaucoup de cas sont traités comme des dyspepsies simples, ce qui est une faute, car l'ulcère devient très difficile et très long à guérir. Chez un malade qui souffre de douleurs abdominales et de troubles dyspeptiques, la première idée qui doit venir à l'esprit et de rechercher l'existence d'une ulcère de l'estomac. Le traitement est très simple. Il faut toujours restreindre la quantité des aliments. Tout malade doit garder le lit. On donne de petites quantités d'aliments liquides et de petites quantités d'eau. Il est prudent de supprimer le lait jusqu'à ce que l'état du malade se soit un peu amélioré et il vaut probablement mieux imenter tous les malades durant une ou deux

semaines par l'intestin, en ne donnant que de l'eau par la bouche. Si les vomissements persistent, on doit même supprimer l'eau pendant quelques jours. Les médicaments n'ont qu'une importance très secondaire, bien que le sous-nitrate de bismuth à hautes doses associé au traitement diététique ait donné les résultats les plus satisfaisants.

Quant à l'intervention chirurgicale, elle doit être plus largement employée que dans le passé, mais seulement dans les cas où un traitement diététique prolongé n'a procuré aucune amélioration.

Tombinson en discutant le travail de Fogg rappelle que la mort subite à la suite de la perforation d'un ulcère méconnu est assez fréquente. Le cancer peut aussi se développer dans la cicatrice d'un ancien ulcère. Dans beaucoup de cas un diagnostic exact ne peut être fait que par la laparotomie exploratrice. Celle-ci permet de découvrir la présence d'un cancer simultané assez fréquent au voisinage du pylore. La rigidité des parois abdominales est un signe presque certain de perforation. Dans l'ulcère de l'estomac, le traitement médical ne donne souvent que bien peu de résultats, les meilleurs sont ceux que donnent le repos et la suppression des aliments. Les rétractions et les cicatrices qui résultent de l'ulcère donnent souvent lieu à des symptômes plus prononcés que ceux de l'ulcère même, et ici la chirurgie à un large champ d'action.

L. Jumon.

Indications opératoires de l'ulcère de l'estomac, par W. Strobell (*The intern. J. of Surgery*, juillet 1904). — D'une étude sur le traitement opérotoire de l'ulcère gastrique avec un cas à l'appui, l'auteur conclut que dans toutes les formes de la maladie on doit appliquer un traitement purement médical jusqu'à ce que survienne une hématèse, ce qui arrive à peu près dans la moitié des cas ou bien jusqu'à ce que les troubles de la nutrition soient assez graves pour entraîner l'amaigrissement. A ce moment le traitement ne peut être que strictement opératoire. Lorsque se montre l'hémorragie, il faut intervenir à quelque degré ou à quelque période que se trouve la maladie et tout retard est inutile sinon dangereux, car on ne peut savoir le degré de l'état du malade.

Il peut y avoir perforation ou érosion de la paroi d'une branche artérielle plus ou moins volumineuse et nous n'avons aucun moyen de le savoir. C'est cette incertitude qui fait que l'on opère avec le plus de chance de succès en opérant de bonne heure.

L. Jumon.

Alimentation rectale, spécialement en cas d'ulcère stomacal (*Ther. der Gegenwart*, mai 1904). — Kliensberger, dans le but d'étudier le bien-fondé de l'assertion de Lenhartz, à savoir que l'alimentation exclusivement rectale était insuffisante pour enrayer l'anémie consécutive à l'hématémèse, a nourri exclusivement par le rectum, pendant 2 mois, des malades ayant souffert d'hématémèse par suite d'ulcère stomacal. Il a, chez 13 malades, examiné régulièrement le sang et conclut de ces recherches que, au cours de l'alimentation rectale, la composition du sang n'est pas modifiée, et que l'activité cardiaque n'est en rien diminuée. La teneur en hémoglobine ne continue à baisser que dans les cas où les pertes sanguines continuent aussi.

Le traitement a été le suivant : abstinence complète pendant 9 à 22 jours après l'hématémèse, puis, pendant 3 semaines au moins, repos absolu au lit, et 2 à 3 lavemente nutritifs par jour. Ces lavements étaient composés de 200 à 400 cc. de lait, de 2 à 3 œufs, d'une cuillerée à café de sel de cuisine, d'une cuillerée à soupe de sucre et d'une cuillerée à soupe de plasmon. Le cas échéant, on ajoutait quelques gouttes de laudanum. Une heure avant le lavement, on donnait une entéroclyse évacuatrice de 3/4 à 1 litre d'eau ; il a suffi parfois de n'en donner qu'un par jour.

E. Vogt.

Traitement de la colite chronique, par Jesse Shoup (*Med. Record*, 23 juillet 1904). — Après avoir donné un aperçu étiologique et symptomatique, Shoup constate qu'il n'a jamais observé un cas de colite chronique dans lequel la gastroptose ou l'entéroptose n'existât. On doit remédier à cet état dès le début. L'auteur résume les indications thérapeutiques dans les conclusions suivantes : traiter l'attaque douloureuse qui précède le passage de mucus par une injection sous-cutanée de morphine et d'atropine et provoquer une copieuse évacuation intestinale en donnant de larges doses d'huile de ricin par la bouche et des lavements d'huile ou de solutions alcalines. Prescrire un régime bien adapté à chaque cas particulier après avoir fait préalablement un examen du contenu de l'estomac. Surveiller la digestion et combattre les fermentations. Entretenir l'intestin libre en donnant de l'huile à l'intérieur, l'huile agissant à la fois comme laxatif et comme lubréfiant. Combattre toute ptose des viscères abdominaux.

Comme traitement local, employer l'huile et les lavements astringents. Enfin, changer

d'air et faire faire une cure marine ou de montagne.

L. Jumon.

Traitement médical de l'appendicite (*Med. Record*, 23 juillet 1904 ; *Soc. améric. de thérap.*) —M. A. J. Hall croit que la thérapeutique médicale n'a pas reçu toute l'attention qu'elle mérite dans l'appendicite, car beaucoup de cas guérissent sans intervention chirurgicale. En effet, le traitement médical peut donner une aussi belle proportion de bons résultats que le traitement chirurgical. Celui-ci peut être institué entre la seconde et la troisième attaque d'appendicite. Le traitement médical préconisé est le suivant : repos au lit, cataplasmes chauds sur l'abdomen, diète liquide, principalement lactée, de 120 à 200 grammes par jour; à l'intérieur, arsenite de cuivre et créosote. Ni purgatifs, ni opiacés. L'appendicite tend vers la guérison; tous les cas aigus doivent être traités médicalement jusqu'à ce que l'opération semble donner une meilleure chance d'opération.

Tel n'a pas été l'avis d'Osbonne, L. Weber, Olin Seech, Carl Beck, qui tous considèrent l'appendicite comme une affection chirurgicale. D'ailleurs, le traitement dans les cas sérieux doit être institué d'un commun accord par le médecin et le chirurgien. Même les cas légers peuvent prendre une marche aiguë, grave, qui fait qu'on doit opérer de bonne heure.

L. Jumon.

Emploi de la strychnine dans la constipation, par Géo Pettey (*The Therap, Gazette*, 15 juillet 1904). — Le plus souvent, d'après l'auteur, la constipation est due à l'inertie intestinale, à l'absence de mouvements péristaltiques plus qu'à une sécrétion insuffisante de l'intestin.

Le nombre des médicaments employés dans le traitement de la constipation pour provoquer la sécrétion intestinale est considérable en général, cependant ils excitent en même temps les mouvements péristaltiques. Tandis que les cathartiques mercuriels et végétaux sont employés pour provoquer les sécrétions, ils déterminent aussi des mouvements de l'intestin, seulement, ils le font indirectement par action réflexe. Il est probable que la bile est le stimulant normal de défécation et les cathartiques ordinaires agissent de la même manière. Dans la paralysie complète, l'excitation initiale qui provoque le réflexe n'excite pas, ou bien elle doit être considérablement accrue pour donner lieu à la sécrétion et aux mouvements péristaltiques. Dans les cas de paralysie, le péristaltisme est mis en jeu plutôt par une stimulation directe des centres moteurs, et la strychnine est toute indiquée pour obtenir cet effet.

Elle possède une action élective sur les fibres lisses, et sous son influence toute l'étendue de la tunique musculaire de l'intestin peut être excitée par la stimulation directe du centre sympathique. La quantité de strychnine à employer dépend surtout du degré d'insensibilité des centres moteurs. Si on l'administre avec le calomel ou d'autres agents provoquant la sécrétion intestinale, les deux médicaments agissent pour provoquer les conditions essentielles de l'évacuation normale de l'intestin. La dose de strychnine employée dans ce but varie de 0 gr. 002 à 0 gr. 008 que l'on peut administrer toutes les 2 ou 3 heures (jusqu'à 4 à 6 de ces doses). La susceptibilité de chaque individu à l'égard de la strychnine varie considérablement, mais il est facile à l'usage de connaître la dose efficace.

La strychnine en tant que moyen de provoquer des selles est particulièrement indiquée chez les sujets qui ont fait abus de la morphine ou des opiacés, car elle agit presque avec autant de sûreté que chez le malade non habitué aux opiacés.

Lorsqu'on cherche à obtenir un effet laxatif, après l'anesthésie générale, on obtiendra une action très rapide des purgatifs salins en donnant quatre heures auparavant une certaine dose de strychnine. Il en sera de même dans les états bilieux où l'on peut donner 0 gr. 003 de strychnine deux ou trois heures avant l'administration d'un cathartique.

L. Jumon.

Rayons X et constipation, par Albert-Weill (*Journal de physiothérapie*, 15 août 1904). — L'auteur a eu l'occasion de constater, au cours d'applications de rayons X chez des maladies traitées pour des affections gynécologiques, qu'indépendamment des phénomènes de diminution des douleurs, de mobilisation plus grande des tumeurs ou de l'utérus, il s'est toujours manifesté dès la deuxième ou la troisième séance, parfois même dès la première, une plus grande facilité des garde-robes.

En outre, chez deux jeunes femmes dépourvues de toutes lésions génitales et qui toutes deux, très nerveuses, ayant une paroi abdominale flasque permettant de palper la corde colique, n'allaient pas à la garde-robe spontanément et rejetaient de petites billes sèches et dures, des séances à deux jours d'intervalle pendant trois semaines ont provoqué, dès la deuxième séance pour l'une, dès la quatrième pour l'autre, des selles spontanées.

L'auteur estime qu'en perfectionnant la technique, surtout en irradiant plus particulièrement certaines régions de l'abdomen pour agir plus sûrement sur les plexus, on arrivera à des résultats encore plus probants.

E. Vogt.

Appareil pulmonaire
Cœur et Vaisseaux

Dr G. Lyon

Ex-chef de clinique à la Faculté de Médecine.

La pneumonie, ses problèmes thérapeutiques, par J.-B. Mc Gaughey (*Saint-Paul med. J.*, août 1904). — En Amérique la pneumonie deviendrait de plus en plus meurtrière et c'est ce qui explique la fréquence des communications sur le traitement de cette maladie. L'auteur reconnaît qu'il n'y a pas de spécifiques et que le traitement est nécessairement symptomatique. Cependant convenablement institué, ce traitement est susceptible de donner d'excellents résultats. La pneumonie est une maladie cyclique dont on peut attendre la guérison pourvu que les forces du malade se maintiennent et qu'on évite les complications. En raison des modifications physiques dont le poumon est le siège, le côté droit du cœur est soumis au surmenage, il se produit une pléthore veineuse et la masse du sang diminue dans les artères. Pour combattre l'engorgement veineux, on a recours aux déplétions sanguines qui donnent de bons résultats dans les cas sthéniques. Une deuxième méthode consiste à chercher le même résultat en diminuant la force cardiaque à l'aide des dépresseurs, le veratrum viride, le tartre stibié ou l'aconit. Mais pour soigner un pneumonique, il faut aussi être au courant des habitudes pathologiques du malade, savoir s'il est alcoolique, s'il existait antérieurement des lésions du rein et du cœur. Très souvent, le traitement hygiénique donnera plus de résultat que le traitement médicamenteux.

Inutile d'insister sur les conditions hygiéniques dans lesquelles doit être placé le malade. Le fonctionnement des reins doit être assuré, tandis que tout en veillant à l'exonération intestinale on doit s'abstenir de purgatifs drastiques. Les applications de ventouses scarifiées, de sangsues sont utiles dans beaucoup de cas, surtout lorsque le pouls est bondissant, le teint cyanosé, on peut même alors recourir avec avantage à la saignée. Mais ce traitement est contre-indiqué chez les enfants et les vieillards.

Le veratrum viride et l'aconit sont employés avec de bons résultats par beaucoup de médecins, quant au tartre stibié il vaut mieux y renoncer. Les opiacés sont souvent bien tolérés et procurent le repos au malade, on leur reproche : de produire la dépression des centres respiratoires et d'arrêter les sécrétions, surtout celles des reins. Il faudra donc surveiller leurs effets.

Les expectorants beaucoup employés autrefois ont l'inconvénient de déterminer des nausées, de l'anorexie, ils ne répondent pas d'ailleurs à l'action qu'on en attend.

Les toniques, la digitale, sont particulièrement indiqués dans les cas où il existait une affection cardiaque antérieurement à la pneumonie.

La strychnine est favorable au cœur et aux centres respiratoires, surtout dans les dernières périodes de la maladie, lorsque le cœur faiblit.

Les stimulants alcooliques rendent de grands services aux périodes de dépression et de collapsus. Leur indication est pressante chez les alcooliques. L'acétate d'ammoniaque, le café, le camphre sont des adjuvants utiles dans ces circonstances.

Lorsque la fièvre est vive, les applications froides apportent du soulagement. De hautes doses de quinine abaissent la température, mais leur utilité est contestable. Les antipyrétiques nouveaux doivent être formellement exclus du traitement de la pneumonie.

L'auteur déconseille les applications de cataplasmes, d'huile ou de coton sur la poitrine. Les injections salines intra-veineuses ou sous-cutanées ont une action utile sur les reins, elles n'ont pas d'inconvénient à condition de les faire à doses modérées. Les inhalations d'oxygène sont très utiles. Enfin, la serothérapie est à l'essai.

L. Jumon.

Traitement de la tuberculose pulmonaire par le cinnamate de soude, par le Dr Sanchez Herrero (*La Medicina Valenciana*, février 1904). — L'auteur croit que la solution aseptique de cinnamate de soude à 4 0/0 doit être choisie. La dose suffisante pour commencer est de 3 cc. par jour ; à partir du quatrième jour, 5 cc. ; on augmente ensuite progressivement jusqu'à 18 cc., soit 0 gr. 12, 0 gr. 20. 0 gr. 72 de cinnamate.

L'auteur considère comme normale la dose de 0 gr. 20 ; il a obtenu avec elle des grands résultats. Il conseille comme lieu d'élection pour l'injection la région sous-scapulaire ou la fessière.

Il dit que chez les tuberculeux cachectiques ou avec de grandes lésions pulmonaires, chez lesquels les effets de cinnamate de soude étaient peu marqués, il augmenta la dose et arriva à 6 gr. 40 par jour, administrés en injection et à l'intérieur, malgré qu'il considère comme défectueux ce dernier mode d'administration. Les résultats ne furent pas satisfaisants.

L'auteur déduit de ces observations que ce n'est pas la quantité de cinnamate qui guérit le malade ; que la dose plus haut indiquée est suffisante, et que le tuberculeux meurt avec ou sans cinnamate quand il n'y a plus d'énergies vitales pour répondre aux stimulations du médicament ou quand existent des complications irrémédiables. En dehors de ces cas, les réussites sont quelquefois lentes, mais sûres.

F. Bérini.

Traitement de la pneumonie lobaire chez l'adulte, par William Dukeman (*Med. News*, 16 juillet 1904). — D'après l'auteur, c'est la toxémie qui doit d'abord appeler l'attention du médecin dans le traitement de la pneumonie. A cet effet, la peau et les intestins représentent les principales voies par lesquelles on peut tenter cette action thérapeutique. Dans la première période, on agira très bien sur la peau par un bain d'eau chaude accompagné de savonnage, qu'on fera suivre d'un bain de pieds additionné de farine de moutarde. Le bain de pieds sera pris de préférence au lit, le malade mettant les pieds dans un petit tub placé sous les couvertures. Une limonade chaude facilitera la transpiration, on provoque une abondante diaphorèse pendant une demi-heure, puis on essuie le malade et on le frictionne avec des serviettes un peu rudes pour exciter la circulation cutanée.

La poitrine est enveloppée dans du coton. En cas de douleur thoracique, on place un cataplasme de farine de moutarde sur la région douloureuse et en le retirant on applique de l'huile camphrée sur la poitrine.

Pour agir sur l'intestin, l'auteur conseille de donner 0 gr. 10 à 0 gr. 20 de calomel, que l'on fait suivre d'une purgation saline au bout de six à huit heures.

Les reins sont mis en action par l'administration abondante d'eau pure à la température de la chambre.

Quant au traitement pharmaceutique, Dukeman assure que moins on donne de médicaments, plus grandes sont les chances de guérison. Les dents et la bouche doivent être entretenues dans un grand état de propreté.

On donnera un bain tiède savonneux tous les jours et on administrera quotidiennement un léger purgatif salin. L'alimentation doit être liquide et se composer principalement de lait. Pour lutter contre la faiblesse cardiaque, on emploie la strychnine. Dans les cas de fièvre élevée avec délire léger ou sans délire et lorsque les bruits du cœur ont conservé leur force, on pourra donner 15 grammes d'eau-de-vie toutes les trois heures si le malade est plus tranquille après son emploi, on supprime l'alcool si, au contraire, il est plus agité. Dans les cas de cyanose, on donnera du champagne, de l'acétate d'ammoniaque, des inhalations d'oxygène. Un cataplasme de farine de moutarde placé sur la région du cœur rend encore de grands services.

L. Jumon.

Utilité du travail des phtisiques au cours du traitement dans les sanatoria (*Zeitschr. f. Tuberculose*, vol. 5. fasc. 3, 1904). — Elkan préconise un travail volontaire, bien réglé, pour permettre aux ouvriers traités dans les sanatoria de reprendre, à leur sortie, leurs occupations. Ces travaux ne doivent pas être rémunérés, pour éviter que l'appât du gain n'incite les malades à se surmener.

En général, il faut se borner à prescrire 2 heures de travail le matin et 2 heures l'après-midi.

E. Vogt.

Tachycardie paroxystique et son traitement, par James Barr (*Brit. med. J.*, 16 juillet 1904). — L'accélération des battements cardiaques est un symptôme assez commun dans beaucoup d'états morbides, mais la tachycardie paroxystique survenant chez des sujets habituellement bien portants constitue une entitée particulière très probablement due à des troubles dans des fonctions physiologiques, plutôt qu'à des lésions ou à une influence morbide. Comme exemple de cette affection, l'auteur cite un cas très intéressant chez un garçon de 16 ans, dont la tachycardie paraissait provoquée par un surmenage aigu, amenant une hyperdistension du ventricule droit. Les troubles cardiaques proprement dits étaient très légers, il n'y avait pas de véritable angine, ni de dyspnée, bien que le cœur battit 250 fois par minute. Cependant la pression artérielle était relativement élevée et la difficulté du ventricule gauche était de vaincre la résistance à travers la circulation pulmonaire.

Le traitement fut dirigé contre la résistance périphérique de manière à égaliser le sang dans les deux moitiés du cœur. Dans un cas récemment observé, l'auteur a provoqué une attaque

grave de tachycardie paroxystique en injectant dans les cavités séreuses du chlorure d'adrénaline pour arrêter l'épanchement. Une injection trop forte a pour effet de faire contracter toutes les artérioles de l'arbre artériel, plus spécialement peut-être les vaisseaux splanchniques. La pression sanguine s'éleva, le cœur partit au galop à raison de 200 battements par minute. Il n'y avait pas de dyspnée, mais les malaises cardiaques étaient considérables. Le malade fut traité par de hautes doses de nitrite d'amyle, de nitroglycérine et d'atropine.

Comme traitement des accès, on mettra les malades au lit, on emploiera le nitrate d'amyle, etc., pour diminuer la résistance périphérique et égaliser la quantité de sang dans ces deux moitiés du cœur. On invitera le malade à faire de profondes respirations, de manière à aspirer le sang du ventricule droit du cœur dans les poumons. La révulsion locale peut être avantageuse pour mettre en jeu les contractions cardiaques réflexes d'Abrams. Si après que ces mesures préliminaires ont été employées, le ventricule droit distendu ne se contracte pas, on aura recours à la digitale ou à la digitaline et à la strychnine. Un purgatif un peu énergique peut soulager la circulation porte. La diète doit être aussi sèche que possible, de façon à éviter l'entrée d'une nouvelle quantité de liquide dans les veines et le côté droit du cœur déjà distendus.

Wood, de Nashville, rapporte que chez une personne sujette à des accès tachycardique, les attaques cessaient brusquement à la suite du vomissement ou lavage de l'estomac. Dans le cas de Barr, le vomissement n'a donné aucun résultat.

L. Jumon.

Abus des stimulants cardiaques, par Blair Stewart (*Med. Record*, 30 juillet 1904). — Une pratique commune consiste à prescrire des stimulants cardiaques sans tenir compte avec un soin suffisant des causes et des conditions dans lesquelles on doit ou non les employer. Pour que les stimulants cardiaques soient administrés correctement, il est nécessaire de comprendre la physiologie du cœur et de la circulation, de diagnostiquer et de reconnaître les lésions valvulaires avec leurs conséquences, de connaître toutes les causes qui exercent sur le cœur une action directe ou indirecte et de savoir s'il s'agit d'un processus aigu ou chronique, enfin il faut étudier l'action physiologique de chaque médicament. Les stimulants cardiaques ne doivent être employés que lorsque le cœur est dans l'impossibilité de remplir ses fonctions. Il faut y avoir recours dans la syncope, dans la rupture de la compensation cardiaque, dans certaines lésions valvulaires où les médicaments spéciaux sont indiqués, dans les cas d'innervation apparemment insuffisante du cœur, dans la fatigue physique extrême, dans les cas de choc et dans beaucoup d'autres états où se montre la faiblesse cardiaque. Si l'on établit une distinction entre les stimulants cardiaques, on peut les classer en stimulants directs, en stimulants indirects et en régulateurs cardiaques.

L. Jumon.

Traitement des cardiaques (*Ther. Monatshefte* août 1904). — Hecht rappelle que dans le traitement du cardiaque, il ne suffit pas de combattre l'insuffisance du myocarde, il faut encore relever la nutrition des malades, qui tous fixent les albuminoïdes d'une façon défectueuse. Malheureusement, l'anorexie persistante est fréquente dans les affections de ce genre : elle est souvent augmentée encore par la médication. Il suffit de citer la digitale sous ce rapport : celle-ci, introduite dans un estomac atonique, y séjourne longtemps et a tout le temps d'exercer son action nauséeuse. Il importe en conséquence de donner la digitale associée à des médicaments capables de relever la motricité stomacale.

L'auteur a obtenu d'excellents effets avec la prescription suivante :

Poudre de feuilles de digitale.	ãã 1 gr.
Chlorhydrate de quinine.....	
Teinture de noix vomique...	0 gr. 3 à 0 gr. 5

Pour faire pilules n° XXX. Trois fois par jour 1 à 2 pilules.

Cette préparation est eupeptique, aussi faut-il mettre en garde les malades contre les sollicitations de leur appétit : l'action de la digitale est renforcée par celle des autres substances.

E. Vogt.

Les injections d'éther iodoformé dans la maladie de Graves, par R. Hutchinson (*The Polyclinic*, août 1904). — L'auteur rapporte deux observations de maladie de Graves traitée par les injections d'éther iodoformé. Cette méthode fut imaginée par Pitres en 1900 et consiste à injecter dans la glande une solution de quatre parties d'iodoforme pour vingt d'éther; on injecte un centimètre cube chaque fois. Les deux malades présentaient les signes classiques de la maladie et bénéficièrent largement de ce résultat. La modification la plus frappante fut l'augmentation notable de dureté du gonflement, coïncidant avec un abaissement de la fréquence du pouls et une grande amélioration dans l'éta

général, bien que l'exophtalmie n'ait pas été autant modifiée. Un des malades a déjà reçu dix-neuf et l'autre quinze injections, avec un intervalle de deux ou trois jours entre chaque opération. Il est probable que les injections déterminent une transformation fibreuse dans le goître, qui diminue l'activité fonctionnelle de la glande et la surproduction de sa sécrétion. A ce point de vue, les effets seraient analogues à ceux que produit l'excision, mais ils se produisent ici graduellement sans aucun risque opératoire.

L. Jumon.

Maladies du système nerveux

Dr P. SAINTON

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine.

Traitement de l'épilepsie, par Gershom Hill (*Medical Age*, août 1904). — jusqu'à présent, les bromures sont les seuls médicaments qui aient une action certaine sur l'épilepsie, mais l'influence varie suivant la nature du bromure alcalin employé : quel que soit celui que l'on emploie, il faut continuer l'usage régulier pendant deux ans après la dernière attaque et employer une troisième année a diminuer la dose. Cette précaution s'applique à toute méthode de traitement dans cette maladie. Tant qu'il survient de petites attaques, on peut s'attendre à voir survenir de grandes attaques si l'on suspend le traitement. Les bromures peuvent être donnés une, deux ou trois fois par jour, suivant la fréquence des attaques. Une seule dose suffit généralement lorsqu'il y a des intervalles de plusieurs mois entre chaque attaque; mais lorsqu'il y a eu moins de deux mois, il faut donner deux doses. Il y a peu de différence entre deux et trois doses par jour au point de vue des effets, pourvu que la quantité de bromure administrée soit la même. Deux doses de 2 grammes ont généralement le même effet que trois doses de 65 centigrammes. Une dose seule peut être donnée soit au moment de se coucher, soit après le déjeuner, suivant que les attaques surviennent la nuit ou le jour.

L'expérience seule, dans chaque cas, indique la dose qu'il faut employer sans la dépasser. Mais la plus forte dose pouvant être administrée sans danger est de 5 gr. 50 par jour en trois fois. Cette dose étant trop forte pour beaucoup de malades, la dose ordinaire maxima de 3 gr. 60; les cas guérissables n'en demandent pas davantage.

Le seul médicament capable de prévenir l'éruption bromique est l'arsenic, à raison de cinq gouttes de liqueur de Fowler par gramme de bromure.

Quant aux opérations variées faites sur les artères, sur les nerfs sympathiques et sur le crâne, les résultats ne sont pas encourageants. La trépanation a rarement donné des avantages permanents.

Le régime doit être nutritif, reconstituant, mais simple. La viande ne doit être permise qu'une fois par jour. Le dernier repas doit être fait quelquer heures avant d'aller au lit. On doit veiller à l'exonération intestinale quotidienne, un laxatif doux assurera les selles.

L'existence d'un épileptique doit être aussi uniforme que possible, repas réguliers, occupations appropriées, régulières. Il faut éviter tout surmenage, toute cause d'excitation. Si, pour les enfants, il importe d'éviter tout travail intellectuel trop assidu, les causes d'excitation pendant les jeux ne sont pas moins nuisibles. Enfin, parmi les mesures hygiéniques qui conviennent aux épileptiques, l'auteur recommande les colonies agricoles, à distance des grandes villes et situées dans un pays sain.

L. Jumon.

Bains de lumière radiante dans le traitement des névroses, par T. D. Crothers (*New. y. Med. J.*, 23 juillet 1904). — Voici les conclusions de ce travail : La lumière radiante pénétrant dans les tissus profonds du corps se transforme en chaleur ou en énergie nerveuse d'une façon plus marquée que la chaleur provenant de l'air chaud. Les effets cliniques du bain démontrent son action comme agent d'élimination et d'amélioration des fonctions nerveuse et nutritive. Dans les maladies nerveuses, son action associée à celle des autres modes de traitement est bien supérieure à l'action de ces derniers employés seuls. La lumière radiante employée avec d'autres traitements électrothérapiques constitue un réel progrès de la thérapeutique des maladies nerveuses.

L. Jumon.

Névralgie du trijumeau, résection du ganglion de Gasser, par le Dr E. Ribas y Ribas. (*Communication à l'Académie de Médecine de Barcelone*, février 1904). — Il s'agit d'un individu de 50 ans, sans antécédants arthritiques, syphilitiques ni paludiques, souffrant depuis onze ans d'une névralgie des trois branches du trijumeau, à gauche.

Vu la longue durée de la maladie, sa localisation dans les trois branches du trijumeau ou origine internationale, l'intensité et fréquence

des crises douloureuses, son état général qui commençait à fléchir et l'inutilité du traitement médical employé pendant très longtemps, le Dr Ribas proposa l'intervention chirurgicale comme dernière ressource et la résection du ganglion de Gasser fut essayée.

La technique employée fut celle recommandée par Doyen en suivant la voie temporo-sphénoïdale de Hartley et Krause et en extirpant en plus toute la portion osseuse intermédiaire entre cette ouverture temporale et le trou ovale.

L'hémorragie des temporales fut facilement enrayée par la ligature, l'hémorragie veineuse du plexus ptérigoïdien par la compression, celle de la maxillaire interne et de la méningée moyenne par la ligature, mais quand l'opérateur dénuda la dure-mère, une abondante hémorragie veineuse due à l'ouverture des veines émissaires de Santorini, se produisit et il dut tamponner pendant dix minutes. Une autre difficulté de l'opération fut l'extirpation du ganglion de Gasser : il l'arracha par un mouvement de traction suivi d'un autre de torsion du bout central qui fut sectionné. En arrachant le ganglion de Gosser on produit une traction sur le nerf grand pétreux superficiel et le moteur oculaire commun. L'auteur insiste aussi sur l'impossibilité de respecter la racine motrice quand on veut la séparer de la troisième branche et du plexus de Santorini. Il plaça un drain partant de la base du crâne jusqu'à l'extérieur.

Le jour de l'opération le malade put dormir, et le lendemain il accusa une douleur intense sur le côté droit de la face. Anesthésie des zones correspondantes aux branches du trijumeau gauche. Congestion de la conjonctive oculaire. La névralgie du côté droit disparut au troisième jour. Sept mois après l'opération, la névralgie n'avait pas reparu.

De cet intéressant cas clinique, l'auteur déduit les conséquences suivantes :

1° La lésion de nature inconnue était située dans la partie antérieure du ganglion et dans le ganglion même qui était plus gros et plus vascularisé qu'à l'état normal ;

2° De toutes les méthodes de technique, celle de Doyen est celle qui donne une plus large voie et permet de combattre plus facilement l'hémorragie ;

3° Les dangers principaux et constants de l'intervention sont l'hémorragie veineuse de la dure-mère, les tiraillements du moteur oculaire commun et du nerf grand pétreux superficiel et la section de la racine motrice du trijumeau. La compression suffit pour enrayer la première ; les altérations consécutives aux lésions des nerfs indiqués furent passagères et la section de la racine motrice s'accusa seulement par des altérations insignifiantes ;

4° Les dangers évitables sont : la blessure de la carotide interne, la blessure du tissu caverneux, le déchirement de la dure-mère et accidents de compression. Tout instrument pointu et coupant doit être proscrit quand on opère sur le ganglion de Gasser ;

5° Le drainage est de rigueur pour éviter l'accumulation de sang à la base du crâne ;

6° Les phénomènes post-opératoires, à savoir les anesthésies, les kératites, la ptose, le strabisme, etc., furent passagers, seule, la paralysie unilatérale au masseter persista ;

7° La guérison de la névralgie avait persisté sept mois après l'opération ;

8° Ce cas, joint à ceux de Krause, Tiffany, etc., et la mortalité relativement faible, indiquent que la résection du ganglion de Gasser est indiquée dans les névralgies du trijumeau anciennes et rebelles au traitement médical.

F. Berini.

Maladies des Voies urinaires

Dr CHEVALIER

Chirurgien des hôpitaux

Ancien Chef de clinique de la Faculté.

Valeur thérapeutique de la solution glycérinée d'albargine (*Retchs. Medicinal Anzeiger*, n°, 1904). — Chrezlitzer publie les résultats du traitement de la blennorrhagie par la solution glycérinée d'albargine à 20 0/0. Déjà, depuis deux ans, il emploie constamment le remède en solution aqueuse dans tous les cas de blennorrhagie en instillations. On laisse la muqueuse malade en contact avec le liquide (1 à 5 0/0) pendant dix à quinze minutes. L'injection provoque une douleur assez forte qui cède au bout de deux heures. L'application se fait tous les deux jours en diminuant progressivement la force de la solution. Si, après la guérison apparente, les gonocoques réapparaissent, on ferait bien de se servir d'une solution glycérinée d'albargine (20 0/0 ; glycérine, 20 0/0 ; eau, 60 0/0). On dissout dans l'eau et on ajoute la glycérine ensuite. Dans nombre de cas, une seule instillation a suffi pour amener la disparition des gonocoques.

La guérison est remarquablement rapide dans les blennorrhagies chroniques. Quand il s'agit d'uréthrite postérieure, l'auteur se sert d'une seringue analogue à celle de Braun. La canule est percée d'une dizaine de trous. L'in-

jection se fait en retirant lentement pendant qu'on pousse le piston.

Cette préparation est tout indiquée pour la prophylaxie et l'auteur la recommande chaleureusement.

E. Vogt.

Prostatectomie en cas de rétention complète et de difficulté du cathétérisme, par le Dr J. Pagès (*Revisto Ibero-Americana de Ciencias Medicas*, N° 1, 1904). — Observation d'un malade qui, après avoir dû pendant plusieurs années se servir de la sonde, ne peut plus la passer. Cette rétention complète fut guérie par l'auteur. On put reconnaître qu'elle était d'origine prostatique.

Au bout de quinze jours nouvelle rechute : un sondage vida la vessie. Mais voyant que les catéthérismes étaient toujours difficiles on décida l'opération. Le Dr Pagès passe en revue les inconvénients du méat hypogastrique de Poncet et de l'opération de Bottini (inapplicable dans ce cas à cause du grand volume de la prostate) et se décida par la prostatectomie périnéale. Le malade fut placé en position sacro-verticale, on traça une incision qui, passant à deux centimètres de l'anus, venait tomber de chaque côté au niveau de la tubérosité sciatique correspondante. Arrivé au croisement musculaire qui limite le plan superficiel, l'A. détacha avec tout le soin possible le bulbe de ses insertions au raphé périnéal. Une valve fut placée contre la paroi postérieure du rectum qui, une fois disséquée, n'opposa plus aucune résistance à la pression. On put alors voir le fond de la plaie, et dans la même ligne médiane une espèce de bride musculo-recto-uréthrale qui retient le rectum dans sa position périnéale et vient constituer une barrière qui sépare l'espace recto-prostatique du reste de la région périnéale, siège d'élection pour attaquer la prostate.

Cette bride musculaire incisée, il pénétra dans cet espace où la prostate, parfaitement libre de ses insertions rectales, se présente à la vue et au toucher. Il incisa alors la région membraneuse de l'urèthre à l'endroit où elle pénètre dans la prostate et remplaça par une sonde coudée celle qu'on avait utilisée comme conducteur.

La prostate décapsulée par l'incision et la dissection de son aponévrose prostato-périnéale, l'auteur pratiqua l'hémisection de ses lobules.

C'est ce temps-là qui demande le plus de soins, car on peut très facilement déchirer le rectum ou blesser le col et les parois de la vessie. Après avoir énucléé la prostate, on trouva que la vessie contenait un grand nombre de calculs.

L'opération terminée, l'A sutura complètement l'urèthre; et laissa à demeure une sonde de Pezzer; tamponnement périnéal. La plaie a suivi son cours régulier, et au bout d'un mois le malade urinait sans sonde, sans douleur, sans ténesme. Le poids de la prostate était de 82 grammes; en quelques points, on trouva de la dégénérescence amyloïde, sur d'autres une tuméfaction.

Deux mois après l'opération, l'état du malade était le suivant : mictions spontanées toutes les trois heures, jour et nuit; au commencement, il restait toujours dans la vessie 50 grammes d'urine, plus tard elle se vidait bien; urines transparentes et sans aucun sédiment.

Quand il s'agit de prostatiques jeunes, il y a lieu de ne pas oublier que la prostatectomie a pour conséquence la stérilité.

F. Berini.

Carcinose prostato-pelvienne diffuse, à marche aiguë, guérie par la radiothérapie, par A. et L. Imbert (*Acad. de médecine*, 19 juillet 1904). — Relation intéressante d'un cas de carcinome profond, traité par la radiothérapie. Une ampoule moyennement dure fut placée à 22 cm. environ de la peau de la fesse gauche : longueur de l'étincelle, environ 15 cm. En un mois, on fit 18 séances de 12 minutes. Le dixième jour de traitement, la tumeur, qui a beaucoup diminué, est devenue indolore, ce qui permet le décubitus dorsal. Au toucher rectal, la tuméfaction diffuse de la région prostatique a diminué notablement. Au bout de 3 semaines, le malade reprend ses occupations : la tuméfaction prostatique a disparu, et au bout d'un mois la guérison est complète et ne s'était pas démentie deux mois plus tard.

L'examen physique parlait nettement, dans ce cas, en faveur d'un cancer ; il est vrai que le malade n'eut jamais d'hématurie. La péricystite n'eût pas affecté à ce point l'état général.

E. Vogt.

Implantation de l'uretère dans l'S iliaque (*Société de Chirurgie*, 6 et 13 juillet 1904). — Il arrive assez fréquemment que la partie inférieure de l'uretère soit atteinte, dans l'extirpation de certains carcinomes du bassin, comme M. Chaput en cite un exemple, ou encore dans l'hystérectomie abdominale pour fibrome. Une partie plus ou moins étendue de ce conduit peut être sacrifiée. Quel est le parti à prendre dans ce cas? Si le rein du côté opposé est sain, la résection ou la ligature atrophiante peuvent être tentées, si ce n'est la néphrectomie. Mais il y a certainement avantage, en cas de doute sur la fonction du rein opposé, à chercher une

dérivation des urines. La fistule placée dans la région sacrée est un pis-aller. Il semble préférable, comme il vient d'en être cité un un exemple, *d'aboucher l'uretère dans l' Siliaque.* La réunion se fait très bien et les malades ont des selles liquides, sans aucune perte dans l'intervalle.

A. Benoit.

Traitement général des néphrites, par Beverley Robinson (*Amer. J. of the med. Sc.*, juillet 1904). — L'auteur déclare qu'il a rarement rencontré des néphrites aiguës telles que les décrivent les manuels. La plupart des cas remontent à un processus antérieur qui a eu une certaine durée et qui a probablement été causé par des fautes plus ou moins graves d'hygiène ou qui s'est développé dans le cours de quelque maladie infectieuse.

La première chose à faire dans tous les cas de néphrite où il y a des symptômes aigus et de mettre les malades au lit. La chemise doit être de flanelle et les malades doivent être directement couchés sous les couvertures.

Deux principes seront observés: le repos physiologique poussé aussi loin que possible pour les organes malades et le soulagement de la fonction par la mise en jeu des fonctions cutanées et intestinales. On doit donner de petites quantités d'aliments et exclusivement sous forme liquide. On doit insister sur le régime lacté, mais avec certaines limitations que l'expérience indiquera. Un jour ou deux après, on peut donner de l'eau en abondance. Lorsque l'intestin a été bien nettoyé, on pourra, sans danger, procéder à des enveloppements chauds afin de produire des transpirations abondantes. Des irrigations rectales, copieuses, déterminent la diurèse et neutralisent les substances toxiques de l'intestin qui ont une action irritante sur les reins. Lorsque l'urémie survient, la nitroglycérine apporte souvent du soulagement, mais lorsqu'apparaissent de véritables convulsions urémiques, la saignée est souvent le seul moyen de sauver l'existence. Lorsque le malade commence à se lever, il est utile de donner du fer à doses modérées. S'il existe un degré considérable d'œdème, on peut avoir recours aux mouchetures. Il est relativement facile de signaler les dangers de certaines médications, mais il est difficile de dire quels sont les médicaments qui sont utiles pour améliorer ou guérir la maladie. La néphrite chronique est si insidieuse qu'on ne connaît réellement pas de médicament efficace. En général, les malades atteints de néphrite se trouvent bien de s'abstenir de toute boisson alcoolique. Lorsqu'il y a de l'insomnie, l'auteur préfère les bromures au chloral. Les effets des injections salines sous-cutanées ne sont pas aussi favorables que les irrigations intestinales. L'auteur regarde comme utile de supprimer entièrement l'usage du sel dans le régime des sujets atteints de néphrite aiguë ou chronique. La théobromine a une grande valeur pour diminuer l'albuminurie et améliorer l'état général des malades.

L. Jumon.

Gynécologie et Obstétrique.

Dr R. BLONDEL.

Chef de laboratoire

à la Maternité de la Charité.

Contribution à l'étude des irrigations intra-utérines. Technique, indications et dangers, par le Dr Caudido Carominos (*Thèse de doctorat*, Madrid, janvier 1904). — Pour cet auteur, l'irrigation intra-utérine ou le lavage abondant de la muqueuse de l'utérus au moyen d'un liquide aseptique ou antiseptique, doit se pratiquer d'une manière intermittente ou continue.

Pour pratiquer l'irrigation intermittente, un irrigateur et une sonde intra-utérine sont indispensables si on emploie le procédé ordinaire : en plus, une pince à griffes et une valve de Sims pour le procédé perfectionné.

Pour l'irrigation continue, il faut des sondes spéciales.

Avant de commencer la manœuvre, les instruments ainsi que les organes génitaux externes de la malade, ainsi que les mains de l'opérateur seront rigoureusement désinfectés.

Le liquide qui offre les meilleures conditions de garantie est l'eau parfaitement stérilisée, seule ou additionnée de certains antiseptiques, tels la microcidine, le lysol, l'acide borique, etc.

Les irrigations augmentant la durée et l'intensité des contractions utérines sont indiquées pendant l'accouchement, quand les périodes de dilatation, d'expulsion et de délivrance se prolongent anormalement.

Comme prophylactiques de l'infection puerpérale, les irrigations intra-utérines seront employées quand la femme s'est trouvée, pendant la grossesse, dans de mauvaises conditions hygiéniques, quand son appareil génital est le siège d'une maladie infectieuse, quand, pendant l'accouchement, les membranes se sont rompues prématurément, quand il a fallu pratiquer quelque intervention ou qu'il a fallu

faire plusieurs touchers vaginaux ou, enfin, dans les avortements et accouchements avec fœtus mort.

Les irrigations se pratiquent aussitôt que la malade présente une augmentation de température, avec ou sans frissons, ou fétidité des lochies, le résultat étant d'autant plus satisfaisant qu'on a commencé plus tôt le traitement.

Elles sont aussi indiquées dans tous les cas d'hémorragies puerpérales, quelle que soit la cause qui les produit; on emploiera alors l'eau à la température de 45° à 50°.

Les irrigations intermittentes s'emploient avec succès dans le traitement de certaines endométrites et salpingites chroniques, en cas de fibromes sphacélés, etc.

L'irrigation continue est utilisée comme prophylactique de l'infection puerpérale quand on pratique l'embryotomie pour cause de putréfaction du fœtus, et aussi quand pendant l'accouchement la température de la malade dépasse 38°, sans qu'on puisse trouver une cause extra-génitale à cette hyperthermie. Enfin, on l'utilisera dans tous les cas où la méthode des irrigations intermittentes ne réussit pas, et avant de procéder au curettage utérin.

Les accidents qu'on a vu survenir à la suite des irrigations intra-utérines sont : l'infection, l'intoxication, l'entrée du liquide dans le péritoine par l'intermédiaire des trompes, l'entrée de l'air dans les sinus veineux, les hémorragies, quelques désordres nerveux, la perforation de l'utérus et les contractions spasmodiques et douloureuses de cet organe.

Le manque de propreté des instruments, ainsi que des mains ou des organes génitaux externes peuvent, par l'intermédiaire des irrigations, augmenter l'infection de la cavité utérine.

L'absorption du liquide employé est possible, et comme suite des troubles par intoxication, spécialement si on opère avec le perchlorure de fer, le sublimé corrosif ou l'acide phénique.

L'entrée du liquide dans le péritoine par les trompes, bien que possible, est rare : il en est de même pour l'entrée de l'air dans les veines : cet air s'emmagasine presque toujours dans la veine cave inférieure et le cœur droit.

Les hémorragies dues aux irrigations intra-utérines, pratiquées pendant les suites de couche, ont une pathogénie ignorée jusqu'à présent.

Les désordres nerveux sont par ordre de fréquence : la syncope, les frissons, la fièvre et la mort par inhibition : leur cause est un acte réflexe qui commence dans l'utérus, a pour centre la moelle épinière ou le bulbe rachidien, et se manifeste quelquefois par des phénomènes d'excitation (frissons, fièvre) ou d'inhibition (syncope et mort subite).

La perforation de l'utérus par le bec de la sonde est un accident très rare, attribuable à la maladresse de l'opérateur; quant aux contractions spasmodiques de l'utérus, elles ont une pathogénie ignorée dans l'état actuel de la science.

Pour éviter tous ces accidents, on doit prendre diverses précautions antiseptiques, ne pas user d'antiseptiques toxiques, pratiquer l'opération avec pelvis élevé, expulser auparavant l'air contenu dans la sonde et le tuyau de l'irrigateur; on placera celui-ci à une élévation inférieure à 40 centimètres au-dessus du lit. On opérera avec douceur l'introduction de la sonde, et on s'assurera que le liquide injecté reflue bien par l'orifice cervical.

F. Berini.

Deux cas pratiques d'hématomètre, par le Dr Mauricio Adame (*Revista Médica de Sevilla*, février 1904). — Dans le premier cas, il s'agit d'une jeune fille de 14 ans, avec une tumeur intra abdominale qui produisait de violentes douleurs, tumeur bilobulaire irrégulière, qui dépassait l'ombilic et arrivait aux fosses iliaques. La tumeur se déplaçait latéralement mais on ne pouvait la déplacer de bas en haut.

Les organes génitaux externes étaient peu développés, et au lieu d'hymen, il existait un petit infundibulum de parois lisses de trois centimètres de profondeurs. Il n'y avait pas de voussure ni de fluctuation, donc on ne pouvait croire à un hématomètre par imperforation de l'hymen.

Le toucher rectal dénonçait à une certaine profondeur une tuméfaction régulière, lisse et résistante, qui remplissait toute la partie supérieure de l'excavation pelvienne et semblait former un tout unique avec la tuméfaction abdominale. Rectum et vessie normaux.

Le Dr Adame formula le diagnostic suivant : Hématomètre, matrice bicorne; absence du tiers inférieur du vagin.

L'opération qui a très bien réussi consista à refaire la portion du vagin pour atteindre la collection sanguine et à laisser échapper le contenu de la poche. Après un lavage et un drainage, guérison.

Dans le second cas, il s'agit d'une femme ayant accouché treize ans auparavant.

La malade se plaint de douleurs circumpelviennes avec crises très douloureuses.

Par la palpation on trouve dans toute l'excavation pelvienne une tumeur de dimensions

suffisantes pour dépasser de quelques travers de doigts la symphise pubienne. La tumeur est lisse, ronde, peu douloureuse et peu mobile, les organes génitaux externes bien conformés, mais en introduisant l'index dans le vagin on se trouve arrêté, au bout de 2 ou 3 centimètres, par un cul-de-sac étroit et dur formé par du tissu inodulaire.

Par le toucher rectal on arrivait à la tumeur pelvienne formée par le vagin et la matrice dilatés par la rétention du produit menstruel : mais entre la première portion accessible de la tumeur et le tissu cicatriciel du vestibule du vagin, il existait un espace de 5 à 6 centimètres, dans lequel la paroi rectale, le vagin, l'urèthre et le col de la vessie étaient soudés par un tissu cicatriciel dur et inextensible. Le diagnostic fut celui d'hématomètre produit par la disparition et la cicatrisation consécutive du tiers inférieur du vagin, occasionnant l'obstruction de ce conduit.

La reconstruction du vagin, en ayant bien soin de respecter le rectum et la vessie, guérit la malade.

F. Béarni.

Opérabilité du cancer utérin, par le Dr S. Recasens (*Revista de Medicina y Cirugia practicas*, mars 1904). — Les chances de guérison du carcinome utérin, ont une limite que les malades ont en général dépassée, quand elles consultent le gynécologue. On est alors réduit aux moyens palliatifs, la cautérisation, le curettage des fongosités, etc., mais ces moyens ont une action très limitée.

Cherchant à faire mieux, le Dr Recasens pratiqua chez une malade la ligature des deux artères hypogastriques immédiatement après leur naissance, dans le but d'essayer d'anémier la région. Après avoir lié les hypogastriques, il procéda par voie vaginale au curettage et à la cautérisation des fongosités cancéreuses; il enleva avec la curette, en plus du col, à peu près la moitié de la paroi postérieure du corps de l'utérus.

Malgré la ligature des iliaques externes, l'hémorragie fut abondante, car il s'établit immédiatement après cette ligature, dans la région pelvienne, un courant sanguin ascendant par l'anastomose de l'épigastrique avec l'obturatrice.

Cette abondante irrigation fait penser à l'auteur que les ligatures employés ne sont point suffisantes, et que s'il y avait lieu de répéter l'opération il serait bon de lier en plus des hypogastriques et des utéro-ovariques les utérines à leur origine.

La malade se remit facilement de l'intervention : il se formaune cicatrice et le fluxicho-reux cessa. Malgré ce résultat, l'auteur croit que l'amélioration est due à la cautérisation et au curettage.

F. Berini.

Pharmacologie

Dr E. Vogt.

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

L'antisepsie dans la médecine interne, par J.-N. Hall (*Soc. am. de thér. Medical Record*, 23 juillet 1904). — Après avoir discuté l'efficacité des diverses antitoxines, l'auteur envisage l'antisepsie dans les maladies de l'appareil digestif. Il insiste sur ce fait que l'acide chlorhydrique du suc gastrique est l'antiseptique naturel, qui diminue le danger de l'infection. L'emploi de l'acide chlorhydrique dans la fièvre typhoïde s'appuie sur deux indications : il apporte une substance active pour la digestion qui est diminuée dans la fièvre et il tend à prévenir la pullulation microbienne dans les intestins des malades qui sont affaiblies par la fièvre. D'ailleurs, l'antisepsie dans la fièvre typhoïde est très limitée dans son action, elle n'atteint pas les bacilles établis dans la rate, les ganglions mésentériques et les méninges. On a aussi fait un abus de la méthode.

Dans les maladies des voies urinaires, l'antisepsie a donné des résultats plus marqués. Les bacilles typhiques et coliques de l'urine ont rapidement disparu par l'emploi des médicaments internes. L'auteur discute encore l'action des antiseptiques dans les maladies respiratoires, notamment la tuberculose. La créosote et ses congénères agissent en rendant le terrain réfractaire à la culture plutôt qu'en agissant directement comme germicide. Le sérum antistreptococcique n'a pas pas donné de résultat dans des infections mixtes. Dans un cas de consomption streptococcique, le sérum a cependant amené la destruction des germes. Les injections intra-veineuses de formaldéhyde sont très douloureuses et n'ont pas donné de bons résultats.

L. Jumon.

Valeur de l'urotropine dans l'antisepsie interne, par le Dr F. Carbonell Salès (*El criterio catolico en los Ciencias Médicos*, nos 74, 1904. — On sait que l'urotropine a une valeur réelle dans l'antisepsie des voies urinaires supérieures y compris la vessie.

Dans le but d'utiliser la propriété du formol, mis en liberté dans le sang par les produits qui le contiennent, de dissoudre l'acide urique et les urates, beaucoup de préparations à base de formol ont été administrées dans le but exclusif de combattre la diathèse urique.

On sait aussi que l'urotropine enraye les fermentations du tube digestif, car elle fait disparaître l'indican de l'urine dans les cas d'infection d'origine intestinale. Le formol exerce une inhibition sur la vitalité des germes pathogènes du tube digestif, comme aussi sur ceux de la scarlatine. Grâce à lui, jamais la néphrite scarlatineuse ne se manifeste, et la sécrétion rénale ne diminue pas, comme il arrive avec la plupart des antiseptiques internes.

C'est probablement à son action diurétique que sont dus ses succès dans la toxémie diabétique et dans certaines formes d'urémie.

Dans la tuberculose pulmonaire, on a fait des essais très encourageants, soit par inhalation directe, soit au moyen d'appareils qui donnent le gaz mélangé à de la vapeur d'eau, et surtout en injections intra-veineuses. Ces injections sont suivies d'une hyperthermie réactionnelle, puis l'expectoration se modifie et l'état général s'améliore considérablement.

Dans la fièvre puerpérale, les injections de 750 à 1.000 grammes d'une solution à 1 pour 5.000 de formol dans une solution saline donnent de bons résultats.

Enfin, même dans un cas de néoplasmes malins inopérables, Mitchell et Mc Fecly préconisent les injections de formol dans les zones vasculaires de la tumeur, non seulement pour profiter de l'action styptique, mais encore pour détruire les organismes inférieurs. Il paraît que le formol est très bien toléré par les tissus vivants.

F. Berini.

Sur la valeur diurétique de la théocine. (*Giorn. Intern. Scienze Med.* 1904). — G. Norja a étudié l'action de la théocine, isomère de la théobromine, qui a les mêmes propriétés chimiques et biologiques de la théophilline. Il relate les résultats obtenus sur 12 cas, trois d'insuffisance et un de sténose mitrale, un d'astériosclérose avec myocardite, un d'anévrysme aortique ; tous ces malades présentaient de l'anasarque. Il traita encore avec la théocine 2 cas de péritonite tuberculeuse, un de néphrite chronique, un de pleurésie ; il en donna enfin à un individu bien portant. Les résultats observés dans les cardiopathies avec stase ont été très bons, supérieurs certainement à ceux qu'on obtint avec les autres diurétiques. Dans les néphrites, au contraire, et dans les épanchements séreux, les effets ont été très douteux. Dans quelques cas, on a remarqué une accélération du nombre des pulsations qui diminuaient au contraire dans les autres ; on avait parfois une augmentation de la tension artérielle. Dans les néphrites on n'a jamais remarqué de réactions fâcheuses. On eut quelquefois à se plaindre de légers troubles nerveux, qu'on peut très bien éviter en ne donnant que des doses de 0 gr. 10 à la fois : on peut ainsi en faire prendre un gramme en 24 heures sans inconvénient. Pour l'auteur, la théocine semble le plus puissant des diurétiques dont dispose à présent la thérapeutique.

A. L. Percival.

Un nouveau diurétique : l'agurine, par A. Bucci (*Giornale internaz. di Scienze Mediche*, 1904). — A la suite de nombreuses expériences cliniques et expérimentales, l'auteur considère l'agurine comme un des meilleurs diurétiques ; elle est très bien supportée à des doses assez fortes et pendant longtemps. Avec des doses quotidiennes de 0 gr. 50 pour les enfants, de 1 gramme jusqu'à 5 grammes pour les adultes, on obtient une diurèse notable, due à l'action spécifique du médicament sur les reins et à l'augmentation de la pression sanguine. Sous l'influence de l'agurine l'élimination de l'eau et des sels augmente : son action, très évidente dans les cardiopathies, est meilleure encore si, dans les cas où l'épithélium rénal ne présente pas de lésions, on l'associe à la digitale. On peut l'employer utilement en cas d'épanchement séreux, de néphrites chroniques : elle agit moins bien dans les néphrites parenchymateuses. Son action a beaucoup d'analogie avec celle de la diurétine, mais elle est plus marquée et très rarement suivie de troubles généraux secondaires. Son emploi, même très prolongé, n'a pas la moindre action fâcheuse sur les reins ; l'agurine ne s'accumule pas dans l'organisme ; son action diurétique enfin, qui commence un jour après les premières doses, se manifeste encore de 24 à 48 heures après la dernière dose.

A. L. Percival.

Antagonisme entre la strychnine et la quinine, par le Dr A. Valdès Dapena (*Revista de Medicina y Cirugia de la Habana*, janvier 1904). — La quinine agit sur le système nerveux des animaux de sang chaud de la même manière que sur ceux de sang froid, et exerce une action remarquablement antagoniste de celle produite par la strychnine.

Plus l'animal occupe un rang élevé dans l'échelle des êtres et plus grandes sont les doses de quinine capables de produire l'action antagoniste.

Les animaux strychnisés supportent des doses doubles ou triples de quinine de celles qu'ils supporteraient s'ils n'étaient pas influencés par la strychnine.

Les animaux ayant reçu de fortes doses de quinine supportent des doses doubles ou triples de strychnine de celles qu'ils supporteraient, s'ils n'avaient pas pris de la quinine. L'auteur conclut en conseillant, dans les cas d'intoxication par la strychnine, d'employer sans crainte des grandes doses de quinine, pour obtenir un effet favorable.

F. Berini.

Le lactate d'eucaïne (*Therap. Monatshefte*, août 1904). — Le Pr Langaard a reconnu que ce sel ne présente pas les propriétés irritantes du chlorhydrate d'eucaïne et est très soluble (1 pour 5 d'eau environ). On peut, en conséquence, obtenir des solutions concentrées et obtenir, sans irritation locale, une anesthésie parfaite. S'il est nécessaire d'obtenir en même temps de l'ischémie et de la rétractiondes tissus, il suffira d'ajouter à la solution de lactate d'eucaïne un peu d'adrénaline. A la suite de cette addition, l'intensité et la durée de l'anesthésie sont augmentées.

Le lactate contenant moins d'eucaïne que le chlorhydrate, on se servira des solutions suivantes :

Ophtalmologie.....	2 à 3 0/0
Anesthésie par infiltration.....	0,12 0/0
Anesthésie régionale...	2 à 5 0/0
Nez, pharynx, oreilles..	10 à 15 0/0

Si l'on se sert de solutions faibles, on ajoutera du chlorure de sodium dans les proportions suivantes :

Sol. au-dessous de 1 0/0, 0,8 0/0 de sel; sol. de 1 à 2 0/0, 0,2 0/0 de sel.

Dans un autre article publié dans le même numéro, le Pr Kàtz rend compte des résultats qu'il a obtenus sur vingt malades atteints d'affections des oreilles, du nez et du pharynx.

Une solution à 15 0/0 de lactate d'eucaïne, introduite dans les fosses nasales au moyen d'un tampon d'ouate et laissée en place 4 à 5 minutes, contitue un excellent anesthésique, qui n'offre aucun danger. La solution présente sur la cocaïne le grand avantage de ne provoquer aucune contraction des tissus, ce qui permet de bien voir le champ opératoire quand on se trouve en présence d'une hypertrophie d'un cornet. En outre, on n'observe pas d'hémorragie consécutive.

L'auteur a fait, sous la muqueuse du cornet inférieur, à plusieurs reprises, des injections, avec des solutions à 2 0/0.

En otologie, on préfèrera le lactate d'eucaïne à la cocaïne dans les cas d'extraction de polypes ou de granulations, chez des sujets affaiblis, et lorsqu'il y a lieu d'intervenir à plusieurs reprises. Dans ces cas, l'emploi de la cocaïne n'est pas exempte de dangers. En outre, on n'a pas à craindre d'effets de rétraction tissulaire, faisant disparaître les granulations de petit volume.

E. Vogt.

Usage du lait traité par la pegnine. (*Deutsche Praxis*, n° 8, 1904). — Sintenis fait part des résultats obtenus par l'emploi du lait pegninisé chez les nourrissons, les enfants et grandes personnes, malades ou bien portantes : ces recherches ont duré une année.

Le lait pegninisé conserve toutes les parties essentielles du lait de vache, en les rendant plus digestives. La pasteurisation l'a débarrassé des bactéries, et l'albumine au lieu d'être dissoute se trouve sous forme de fins grumeaux. On doit pegniniser le lait aussitôt trait, car déjà douze heures après, l'albumine forme des gros caillots difficilement dissociés.

Pour les nourrissons, on additionne le lait pegninisé avec 25 0/0 d'eau bouillie, puis on diminue de jour en jour la quantité d'eau de façon que le huitième jour le lait soit donné pur.

La dose par tétée est de 150 grammes, soit 800 grammes pour un nourrisson de trois mois et 1.200 grammes pour un de six mois, par jour.

Le lait pegninisé convient fort bien aux personnes atteintes de maladies des voies digestives, et l'on voit des malades soumis à la diète lactée supporter le lait pegninisé quand l'estomac refuse le lait ordinaire.

E. Vogt.

Quelques résultats du traitement par les courants de haute fréquence, par Alfred Codd (*Brit. med. J.*, 23 juillet 1904). — Le résultat habituel, d'après l'auteur, dans les cas graves et rebelles de lumbago, de sciatique et de névralgie est que la douleur disparaît dès la première séance d'application de ces courants, le malade peut marcher, mouvoir les régions jusque-là douloureuses, et il se sent parfaitement bien. Pendant la journée ou le lendemain, la douleur revient, mais atténuée. Mais en continuant le traitement, la douleur ne revient

qu'à des intervalles de plus en plus longs, en même temps qu'elle diminue d'intensité. Dans un cas de tic douloureux de la face empêchant la mastication et remontant à sept ans, le soulagement apporté par les courants de haute fréquence dura toute la nuit, le même résultat fut obtenu par une séance quotidienne. La douleur diminua de durée et d'intensité, les semaines suivantes, pour disparaître complètement après quatre semaines de traitement.

Deux cas de vertige auriculaire n'ont cédé qu'à l'application de ces courants. Il en fut de même de deux cas d'anorexie nerveuse et de vomissements incessants. Un autre cas résista complètement. Un cas de prurit anal et deux cas d'hémorroïdes internes fluentes ont été guéris par l'application d'électrodes à l'eau salée.

Un cas d'hémiplégie partielle et d'hémianesthésie fut presque complètement guéri par les étincelles avec le courant du résonateur. Les symptômes furent beaucoup améliorés dans deux cas de diabète, mais la glycosurie persista. Un malade même succomba à l'urémie, étant albuminurique.

En résumé, l'auteur croit que les courants de haute fréquence ont une réelle valeur thérapeutique dans beaucoup de cas où d'autres traitements ont échoué.

Le courant générateur doit être plus intense pour la haute fréquence que pour les rayons X; il faut une bobine de 12 à 14 pouces et un courant d'au moins 12 ampères dans le circuit primaire; l'interrupteur électrolytique paraît être le meilleur. De grandes bouteilles de Leyde doivent être préférées aux petites, car elles donnent des effluves plus énergiques.

En terminant son travail, l'auteur recommande aux médecins de ne pas se désintéresser de ce traitement qui donne d'excellents résultats sans entraîner aucun inconvénient entre des mains expérimentées. L. Jumon.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Distinctions Académiques : *Officiers de l'Instruction publique*. — MM. les Drs Bonnaire, N.-A. Gilbert, Legry, Legueu, Just, Lucas-Championnière, Rieffel (de Paris); Bataille (de Rouen); Bax (d'Amiens); Bézy (de Toulouse); Bimar, F. Bosc (de Montpellier); Cannieu (de Bordeaux); Dargelos (d'Aix-en-Provence); Devaux (de Limoges); Douillet (de Grenoble); Doyon (de Lyon); Fleury (de Rennes); Galavielle, de Girard (de Montpellier; Jaboulay (de Lyon); Labbé (d'Alger); de Lamer (de Perpignan); Montalier (de Bordeaux); Mouret (de Montpellier); Noury (de Caen); Porte (de Grenoble); Princeteau (de Bordeaux); Roland (de Besançon); Schuhl (de Nancy); Thierry (de Tours); Villar (de Bordeaux).

Officiers d'Académie. — MM. les Drs Chauffard, Cunéo, Demelin, J.-L. Faure, Gosset, Gouget, Méry, Thiroloix, Weiss (de Paris); J.-M. Allaire (de Nantes); Arnaud (de Cluny); Baigne (de Besançon); Bauby (de Toulouse); Benech (de Bordeaux); Boutron (de Nantes); Deléarde (de Lille); Léon Dieulafé (de Clermont-Ferrand); L.-H. Dor (de Lyon); Dubard (de Dijon); Dubois (de Clermont-Ferrand); M.-G. Gayet (de Lyon); Gentes (de Bordeaux); d'Hardiviller (d'Amiens); Lacaze (de Montauban); Larcena (de Sens); Millardet (de Rennes); Paris (de Nancy); J.-L. Perrin (de Marseille); Royer (d'Angers); Soulié (de Toulouse); Vilen de Versailles); M. Vittenet (préparateur à la Faculté de médecine de Lyon).

Distinctions honorifiques. — Ont reçu la médaille d'honneur des épidémies ou la mention honorable :

Médaille de bronze. — MM. Lefebvre (Jean-Baptiste), agent de police à Saint-Quentin; Montigny (Victor-Aimé), agent de police à Saint-Quentin; Poulin (Pierre-Joseph), agent de police à Saint-Quentin; De Raymond (Laurent-Emile-Victor), élève interne à l'hôpital de Nîmes; Brassard, (Henri-Constantin), interne à Lille; Taconnet (Gaston-Gustave-Nicolas), interne à Lille; Bourret (Arsène-Ovide), Lille; Huriez (Félix-Léon), Lille; Obers (Maurice-François-Joseph), externe à l'hôpital de Lille; Vasseur (Anatole-Emmanuel-Augustin), externe à l'hôpital de Lille; De Lacombe (Léon-Frédéric), interne à l'hôpital Tenon à Paris; le Dr Massé (Paul-Emile), ancien interne à Avignon; Madon (Maurice), interne à l'hôpital d'Avignon; Estachy (Emile), interne à l'hôpital d'Avignon; Saladin (Albert), mécanicien désinfecteur hôpital d'Avignon; le Dr Durand (Louis-Ernest), à

Moncontour (Vienne); Martin (Léon-Jacques-Joseph), gendarme à pied Ninh-Binh (Tonkin); Marchon (François-Louis), infirmier, hôpital de Nouméa; Daveise (Nicolas-Lucien), gendarme à pied à Nouméa; Mlle Conilhère (Suzanne), élève sage-femme à la Maternité de Nîmes; Mme Durand (Pauline), religieuse infirmière à Nîmes; Gay (Delphine), religieuse hospitalière à Avignon Pays (Mélanie), infirmière à Avignon.

Médaille d'argent. — MM. le Dr Délarde (Albert-Eugène), professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille; le Dr Ingelrans (Léon-Auguste-Henri-Dieudonné), chef de clinique médicale à Lille; Elléboode (Joseph-Aimable), hôpital de Lille; le Dr Lugau (Henri), médecin en chef des hospices d'Avignon; le Dr Brunschwig, médecin adjoint à Avignon; Habib Eddé, interprète chancelier au consultat de France, Damas (Syrie).

Mention honorable. — M. Colin (Antoine-Auguste), pharmacien à Marseille.

La tuberculose ganglio-pulmonaire dans l'École parisienne. — M. le Pr Grancher a fait à l'Académie de médecine, dans sa séance du 21 juin, sur ce sujet et avec la collaboration de MM. Méry, L. Guinon, Boulloche, Aviraguet, J. Renault, Zuber, J. Hallé, Guillemot, Terrien, Vignalou, Babonneix, Armand Delille, une communication qui fera date dans l'histoire de la tuberculose et qui a produit la plus vive sensation. M. Grancher et ses élèves, examinant tous les enfants dans deux écoles de la Ville de Paris, ont trouvé chez 14 0/0 d'entre eux pour les garçons, 17 0/0 pour les filles, des signes certains de tuberculose ganglionnaire, soit cervicale, soit trachéo-bronchique: la moitié de ces enfants, déjà touchés légèrement par le bacille, étaient fils de tuberculeux. Au total, sur 896 enfants, 141 étaient en état de tuberculose latente, ce qui permet d'évaluer à 20 ou 25,000 le nombre des futurs tuberculeux qui se déclareront dans un avenir plus ou moins rapproché, dans la seule clientèle de ses écoles.

Une tentative de traitement alimentaire a donné à M. Grancher de bons résultats. A l'aide d'un léger crédit donné par la Ville, il a fait faire, dans les deux écoles examinées, des distributions quotidiennes, à ces enfants menacés de rations de poudre de viande et d'huile de foie morue. Il pense que cette pratique devrait être généralisée à toutes les écoles si même, ce qui vaudrait encore mieux, on ne peut créer pour eux des écoles de campagne, où ils se remettraient rapidement. « Mieux vaut aller au-devant du mal, dit en terminant M. Grancher, mieux vaut prendre l'offensive, que d'attendre l'arme au pied. En matière de tuberculose, la défensive est une mauvaise tactique, et c'est un acte d'imprévoyance que le budget paiera fort cher, car il devra plus tard dépenser des sommes énormes en faveur des phtisiques avérés et pour un résultat très médiocre. »

BIBLIOGRAPHIE

Médication arsenicale et cure d'altitude associées dans le traitement de certaines dystrophies, par le Dr Gilbert Sersiron, 1 brochure gr. in-8° (Masson et Cie, Éditeurs).

Il résulte des travaux les plus récents de M. le Pr Armand Gautier et de M. Gabriel Bertrand que l'arsenic entre, au même titre que l'azote, le phosphore et le soufre, dans la composition normale de toutes les cellules de nos tissus. La modification qualitative ou quantitative de ce métalloïde influe sur l'état de santé ou de maladie de l'individu. Dans les états consomptifs où la déminéralisation est intense, on peut admettre qu'il se produit de l'arsénurie comme on remarque de l'azoturie et de la phosphaturie. Il est en tout cas démontré qu'à l'état normal l'arsenic s'élimine par la peau et par les organes ectodermiques. Ces faits expliquent l'efficacité thérapeutique de la médication arsénicale. Elle est indiquée dans les cas de dystrophies constitutionnelles acquises ou innées, par tares héréditaires ou prédisposition diathésique. Elle agit comme médicament d'épargne antidéperditeur.

Le climat d'altitude a donné lieu, durant ces dernières années, à d'intéressantes études, principalement faites dans les stations climatériques de la Suisse. Nous savions déjà qu'en montagne le nombre des globules rouges et la quantité d'hémoglobine du sang s'accroissent, que les

mouvement respiratoires augmentent de nombre et d'amplitude, que la tension artérielle s'élève et que la nutrition subit une sorte de suractivité complète. Jaquet a démontré que ces phénomènes correspondaient à une véritable restauration protoplasmique, non seulement du sang, mais des tissus eux-mêmes avec diminution de l'azote et de l'acide phosphorique des urines. Les conclusions de A. Robin sur les modifications des échanges respiratoires en montagne sont venues confirmer les expériences de Jaquet, en montrant une stimulation générale des échanges gazeux respiratoires sous l'influence du climat d'altitude. La cure de montagne est donc favorable aux cas de déchéance organique et de nutrition languissante ou affaiblie.

Or, une station thermale qui unit à une médication arsenicale forte (28 milligrammes d'arséniate de soude par litre, équivalant à 21 gouttes de liqueur de Fowler) tous les avantages de la moyenne (850 mètres) et de la haute altitude (1.300 mètres) doit être, *a priori*, une station de choix pour la plupart des dystrophiques.

C'est le cas de la Bourboule dont les eaux agissent moins à la manière de préparations d'arséniate mellique ordinaires qu'à la façon de liquides organiques facilement assimilables. Elles s'absorbent non seulement par la voie gastro-intestinale, mais encore par la voie pulmonaire sous forme de poussière d'eau poudroyée par forte pression.

En fait, cela se passe ainsi pour la cure des dystrophiques par tare héréditaire, comme les enfants débiles, lymphatiques ou scrofuleux et pour les dystrophiques par maladies contagieuses, convalescents de coqueloche, de rougeole, de fièvres éruptives. Chez les scrofuleux présentant des états muqueux inflammatoires, auxquels la cure marine est interdite, et dans les dermatoses évoluant sur terrain entaché de scrofule, le traitement climatérique de montagne et le traitement thermal arsenical associés paraissent être un traitement de choix. C'est l'opinion du Pr Landouzy appuyée sur les résultats qu'enregistre la clinique.

Dans les dystrophies constitutionnelles par prédisposition diathésique, telles que la neurasthénie, l'asthme nerveux ou le diabète, l'arsenic et l'altitude réussissent également bien.

Labadie-Lagrave range parmi les meilleures médications anti-diabétiques la médication alcalino-arsenicale. Sur 188 observations de glycosurie simple et de diabète azoturique relevées à La Bourboule, Danjoy ne note que quelques insuccès.

Le diabète nerveux est, lui aussi, favorablement influencé.

En résumé, qu'il s'agisse d'un trouble bradytrophique, ou, au contraire, d'une accélération des échanges, on peut, par une posologie thermale et une hygiène climatérique bien formulées, accélérer ou modérer les phénomènes vitaux, et modifier, à son gré, les actes de la nutrition chez ces dystrophiques.

Guide pratique de chirurgie infantile, par E. Estor, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, 1 fort vol. in-8° avec 165 figures dans le texte, 8 fr. (Félix Alcan, éditeur).

Le praticien, même lorsqu'il possède des connaissances assez étendues en chirurgie générale, éprouve de véritables difficultés à traiter la plupart des cas de chirurgie infantile. L'ouvrage de M. Estor sert à éclairer et à guider les médecins qui n'ont pas spécialement étudié la chirurgie infantile et l'orthopédie. Il montre par quelles méthodes, dans la pratique de tous les jours, on peut, sans installation somptueuse, sans institut orthopédique pourvu d'un outillage précieux sans doute, mais compliqué et coûteux, résoudre les principaux problèmes de la chirurgie infantile.

Pour chaque question, l'auteur résume d'abord quelques notions indispensables de pathologie externe ; puis, le siège, la nature de la maladie, ses symptômes étant connus, le diagnostic une fois établi, il décrit la méthode thérapeutique qui lui paraît la meilleure.

Ce livre est un vade-mecum qui doit venir le plus vite possible au secours du praticien embarrassé. L'auteur a adopté l'ordre alphabétique qui facilite les recherches. L'ouvrage est illustré de nombreuses figures, la plupart d'après nature, qui viennent heureusement compléter le texte.

Nlle Imprimerie. E. Lasnier, directeur, 35, 37, rue St-Lazare. Paris *Le Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL

TRAVAUX ORIGINAUX

MORTALITÉ INFANTILE EN FRANCE. DES MOYENS D'Y REMÉDIER

Depuis un certain nombre d'années, avons-nous écrit en 1899, la place prise par l'enfant dans les préoccupations des accoucheurs est devenue plus grande. Autrefois, ce qui importait surtout, c'était de sauver la femme qui, au moment de la parturition et pendant les suites de couches, se trouvait exposée à une mortalité notable et à une morbidité parfois assez considérable. Aujourd'hui, grâce à l'antisepsie, la mortalité par infection a pour ainsi dire disparu des maternités et la morbidité se trouve presque réduite à son minimum. De plus, grâce aux progrès réalisés en obstétrique opératoire, grâce aux perfectionnements de l'instrumentation, les interventions obstétricales sont devenues mieux réglées, plus simples, plus faciles.

« Aussi, moins inquiets sur le sort des mères, les accoucheurs se sont-ils livrés à une étude plus attentive des enfants. Ils s'occupent d'eux avant la parturition, en surveillant l'hygiène de la femme enceinte, afin qu'elle parvienne à terme dans de bonnes conditions ; ils s'occupent d'eux au moment de l'accouchement proprement dit, pour qu'ils arrivent au monde bien développés, bien vivants ; ils s'en occupent encore après leur naissance et pendant leurs deux premières années, afin de bien diriger leur alimentation. » (Le Nourrisson).

C'est pourquoi nous allons étudier la mortalité infantile et les moyens d'y remédier, questions qui sont essentiellement à l'ordre du jour.

Considérations générales. — La mortalité infantile est considérable en France. D'après les documents qui nous ont été communiqués par M. J. Bertillon, il y est mort de 1896 à 1900, par année et en moyenne, 134.434 enfants de 0 à 1 an ; on peut presque dire que c'est la période de la vie où, relativement au nombre de personnes d'un âge déterminé, on meurt le plus ; il n'y a qu'une période où l'on succombe davantage, c'est après 90 ans.

Voici les chiffres fournis par le ministère du commerce relativement au mouvement de la population, et qui donnent la proportion annuelle moyenne des décès par 1.000 habitants de chaque groupe :

De 0 à 1 an il en meurt	202
De 1 à 4 ans — —	20,8
De 5 à 9 — —	4,6
De 10 à 19 — —	4,2

Après s'être ainsi considérablement et progressivement abaissée, la proportion des décès se relève avec l'âge des groupes :

Elle est entre 20 et 29 ans de	7,4
— 30 39 —	8,8
— 40 49 —	11,7
— 50 59 —	19,2
— 60 60 —	40,8
— 70 79 —	96,9
— 80 89 —	193,7
à 90 ans et au-dessus	260,0

Si bien que pour les vieillards de 80 à 89 ans, la proportion des décès est moins considérable que pour les enfants de 0 à 1 an.

Quelle est maintenant la mortalité infantile par rapport à celle des adultes? MM. Balestre et Gilletta de Saint-Joseph (de Nice), dans une magistrale étude sur la mortalité infantile de la première enfance (1892-1897), ont montré que, sur 1.000 individus de tout âge qui succombent, il y a, pour les villes de France, 167 enfants de 0 à 1 an.

Le graphique suivant indique, outre ce chiffre général de 167 0/00, la proportion des décès dans certaines villes ; sur 1.000 individus de tout âge qui succombent, il meurt :

A Paris	145 enfants de 0 à 1 an.
A Rouen	251 — —
A Lille	294 — —
A Dunkerque	342 — —
A Marcq-en-Barœul	414 — —
A Halluin	507 — —
A Saint-Pol-sur-Mer	509 — —

La mortalité des enfants de 0 à 1 an a donc, dans ces villes, été égale au cinquième, au quart, au tiers, et même, dans l'une d'elles, à la moitié de la mortalité totale.

Les éleveurs font tout leur possible pour ne pas perdre les jeunes animaux qui naissent chez eux. S'ils avaient de semblables résultats, guidés par leur intérêt matériel, quelles précautions, quelles mesures ne prendraient-ils pas ?

On a pu dire, en réalité, que le nombre des décès des enfants ne devrait pas être comparé au nombre total des morts, mais au nombre total des naissances. C'est vrai ; cependant je crois que dans les circonstances actuelles, les chiffres donnés peuvent être acceptés en bloc pour la France entière, puisque nous savons que, chez nous, hélas ! la natalité n'est guère supérieure à la mortalité ; la courbe si démonstrative que nous devons à Henri Monod, directeur de l'Assistance publique au ministère de l'intérieur, en est une preuve. En effet, elle prouve que s'il y avait autrefois chez nous plus de naissances que de décès, il n'en est plus de même aujourd'hui. En 1872, par exemple, il y avait 27 naissances et 22 décès pour 1.000 habitants ; en 1901, la natalité ayant diminué et atteint le chiffre de 22 alors que la mortalité ne s'est pas beaucoup modifiée, on voit se confondre les lignes qui représentent ces deux éléments.

Du reste, des travaux récents et très intéressants à divers titres de Bertillon nous apprennent que sur 1.000 naissances, il y a eu :

De 1889 à 1893	169 décès de 0 à 1 an
De 1894 à 1898	161 — —

Par suite, que l'on obtienne pour la mortalité infantile une proportion de 160 à 170 0/00 par rapport aux naissances ou de 160 à 170 0/00 par rapport à la mortalité totale, cela n'a pas une très grande importance.

D'ailleurs tous ces chiffres n'ont qu'une valeur relative, une valeur d'indication, car les causes d'erreur sont nombreuses; aussi, les acceptons-nous, à quelques unités, à quelques dizaines près. Ce qu'il faut, c'est étudier avec soin les causes des décès, c'est voir quelles déductions on peut tirer des chiffres obtenus, et rechercher si la mortalité infantile peut être reduite.

Causes. — Les causes de la mortalité infantile sont extrêmement nombreuses. On peut les classer en deux catégories :

1° Les causes pathologiques, d'ordre médical ;

2° Celles qui tiennent à certaines conditions particulières dans lesquelles se trouvent les mères et les enfants.

I. — Causes pathologiques, d'ordre médical

MM. Balestre et Gilletta de Saint-Joseph, dans leur mémoire, dont j'ai déjà parlé, ont étudié les causes de la mortalité infantile et voici les chiffres auxquels ils sont arrivés.

Sur 1.000 enfants qui succombent :

Sont emportés par la gastro-entérite, la diarrhée infantile	304,70
— des affections des voies respiratoires	147,29
— la débilité congénitale	170,76
— la tuberculose	24,70
— les maladies contagieuses	49,61
Toutes les causes non dénommées ci-dessus donnent le chiffre de	222,92

Les statistiques du service de la Protection du premier âge et celles des Enfants Assistés sont analogues et conduisent à la même conclusion : c'est la gastro-entérite, c'est la diarrhée qui détermine le plus de décès. Et non seulement elle est la cause des morts indiquées par les chiffres, mais encore la cause indirecte de beaucoup d'autres, car les enfants affaiblis par des troubles digestifs offrent moins de résistance aux diverses maladies qui peuvent les atteindre et ils sont beaucoup plus facilement emportés par elles.

Donc, la cause la plus importante est la diarrhée ; après elle viennent les affections pulmonaires et la débilité congénitale ; enfin, bien loin en arrière, toutes les autres.

Passons successivement en revue, et dans cet ordre, les causes de la mortalité infantile.

1° *Diarrhée.* — La diarrhée, la gastro-entérite, l'athrepsie, amènent la mort de 385 enfants sur 1.000 qui succombent. Voici la mortalité infantile par diarrhée dans les différentes villes :

Paris	380	p. 1.000 enfants morts.
Rouen	510	—
Lille	514	—
Nantes	555	—
Reims	564	—
Rennes	574	—
Dijon	584	—

Et nous arrivons jusqu'à Troyes, où l'on trouve le chiffre de 682 décès par diarrhée infantile pour 1.000 décès et même, en 1892, celui de 757... ; plus des trois quarts des enfants morts ont donc été emportés par la diarrhée.

Laissons de côté ces chiffres extrêmes et voyons maintenant quelles causes principales peuvent être invoquées pour expliquer la gastro-entérite.

Il en est une connue depuis longtemps, indiquée par tous les médecins, c'est l'élévation de la température qui amène toujours une augmentation des cas de diarrhée.

D'après MM. Balestre et Gilletta de Saint-Joseph, pour la population urbaine de France, la mortalité par diarrhée en janvier, février, mars, avril est de 200 à 250 pour 1.000 décès; cette proportion augmente en été; en juillet et en août elle atteint et même dépasse 600 0/00); enfin on la voit s'abaisser en octobre, novembre et décembre en même temps que la température.

En voici une autre preuve : à Paris, en 1898 sur 1.000 décès de 0 à 1 an, la diarrhée a causé de 20 à 30 décès par semaine en janvier, et jusqu'à 265 et 285 par semaine en août.

Mais le tableau de la mortalité infantile par diarrhée, à Paris, montre quelque chose de plus; on y voit deux colonnes: la plus élevée représente la mortalité par diarrhée des enfants élevés au biberon; la moins haute, celle des enfants élevés au sein. La différence est nettement tranchée suivant le mode d'allaitement : la diarrhée emporte beaucoup moins d'enfants élevés au sein ; pourtant, même parmi ces derniers, la mortalité s'accroît aussi, pendant les chaleurs.

On sait, d'autre part, que, dans les contrées de la France où l'on a recours à l'alimentation solide prématurée, il y a de nombreux décès. Ces faits sont en rapport avec l'observation journalière des médecins qui notent les bons résultats de l'allaitement au sein, les difficultés de l'allaitement artificiel, surtout dans les premières semaines et les premiers mois de l'existence, et les accidents graves qui sont la conséquence de l'emploi trop hâtif d'aliments solides chez les nourrissons.

Pourquoi les enfants, qui se trouvent dans ces diverses conditions d'élevage, meurent-ils? Certes, on peut tout d'abord être surpris de voir succomber tant d'enfants élevés au sein; cela n'a rien d'étonnant cependant pour qui connaît l'ignorance des mères et des nourrices, les préjugés qui règnent chez elles, les conseils bizarres qu'elles reçoivent et qu'elles suivent. C'est à des fautes répétées qu'est due la mortalité des enfants élevés au sein : on les nourrit irrégulièrement et trop.

Le chiffre des décès d'enfants élevés au biberon s'explique par diverses causes. En premier lieu, le lait s'altère facilement pendant l'été, et les microbes y pullulent avec rapidité; en outre, on en donne des quantités extraordinaires; les parents, habitués à envisager la question à leur point de vue personnel, ne se rendent pas compte de la différence qui existe entre le poids d'un enfant et le leur.

Enfin le lait peut être de mauvaise qualité; il peut en outre être écrémé et mouillé dans des proportions considérables. Il en est, paraît-il, ainsi dans tout le département du Nord. L'écrémage formidable qu'on y pratique explique en grande partie la quantité des décès d'enfants de 0 à 1 an dans cette région.

Quant à l'alimentation solide prématurée, elle amène, plus encore que l'allaitement artificiel, des troubles digestifs suivis de mort.

2° *Affections pulmonaires.* — J'arrive à la mortalité due aux affections pulmonaires.

Comme la gastro-entérite, cette cause de décès a été étudiée par MM. Balestre et Gilletta de Saint-Joseph. Mais le graphique montre une courbe en sens inverse de

celle de la diarrhée. La mortalité déterminée par les affections pulmonaires est faible pendant les mois où il fait chaud; au contraire, le nombre des décès augmente au fur et à mesure que la température s'abaisse.

C'est pendant les mois froids que les enfants sont le plus exposés à ces maladies et y succombent en plus grand nombre, soit, en janvier, par exemple, dans une proportion de 263 pour 1.000 enfants morts.

3° *Débilité congénitale.* — La troisième cause de mort, d'une importance à peu près égale à la précédente, est la faiblesse congénitale : elle a déterminé 171 décès sur 1.000.

Nous avons longuement insisté sur les conditions qui agissent si défavorablement chez les enfants nés prématurément.

4° *Tuberculose.* — La cause qui, dans notre énumération, suit la débilité congénitale, est la tuberculose. Nous avons vu qu'elle agit peu sur les enfants dans la première année : la raison en est que l'hérédité ne survient que dans des cas très rares. Si les enfants ont la tuberculose, ils la contractent par contagion en vivant avec leurs parents malades, ou, dans le cas d'allaitement artificiel, quand ils prennent du lait de vache tuberculeuse.

5° *Maladies contagieuses.* — Les maladies contagieuses contribuent dans la proportion de 5 0/00 à la mortalité. Nous avons peu de choses à en dire; cette faible mortalité montre que, en réalité, on prend beaucoup de précautions hygiéniques. Nous appellerons seulement l'attention sur la variole contre laquelle on doit, de bonne heure, vacciner les enfants.

Quant aux autres causes de mort, souvent inconnues, nous ne pouvons les étudier parce qu'elles ne sont pas nettement déterminées.

En somme, la principale cause de mort des enfants pendant la première année est la diarrhée, la gastro-entérite. Le nourrisson, a-t-on dit, est surtout un tube digestif; si ce tube digestif fonctionne mal, ou l'enfant succombe, ou bien se trouvant beaucoup moins résistant, il contracte plus facilement d'autres maladies qui l'emportent.

II. — Causes non pathologiques. — Conditions particulières dans lesquelles se trouve l'enfant.

Abordons maintenant un autre ordre d'idées, les causes qui tiennent aux conditions particulières dans lesquelles se trouve l'enfant.

A. *Age.* — En premier lieu, l'âge de l'enfant est un élément dont il faut tenir compte. Bertillon père, dans son article du *Dictionnaire encyclopédique* paru en 1879, a donné des chiffres et des courbes très instructifs. Il a démontré que la mortalité est surtout considérable pendant le premier mois, les premières semaines, les premiers jours.

Depuis 1879, les choses n'ont pas changé; des chiffres plus récents, tirés des documents publiés par Maurel indiquent la mortalité des enfants de 0 à 1 an pendant l'année 1895 et par jour.

De 0 à 4 jours, il meurt en France	.....	4.341	enfants par jour.
De 5 à 9 —	.....	1.738	—
De 10 à 14 —	.....	1.249	—
De 15 à 30 —	.....	1.210	—
Dans le 2e mois —	.....	638	—
le 3e mois —	.....	490	—
les 4e, 5e, et 6e mois —	.....	331	—
6 mois à 1 an —	.....	188	—

En résumé, il est mort dans le premier mois 52.452 enfants, et dans la première année 148.942.

Ce qui est surtout remarquable, dans la courbe ci-dessus c'est qu'elle montre combien est grande la mortalité dans les premiers mois et surtout dans les dix premiers jours.

Ces chiffres sont encore confirmés par une statistique concernant la ville de Lille, et portant sur les trois années 1898, 1899 et 1900. Pendant les quatre premiers jours, la mortalité est de 118 par jour; elle oscille entre 41 et 43, du quatrième au quinzième jour, puis tombe à 24 dans la seconde quinzaine du premier mois. En réalité, tous ces chiffres confirment l'opinion exprimée par M. Bertillon père.

B. *Saisons.* — Des saisons, je ne dirai presque rien. Les courbes montrent que, pendant les chaleurs, c'est la diarrhée qui sévit le plus; pendant les froids, ce sont les affections pulmonaires. En outre, il y a ce qu'on pourrait appeler une combinaison des saisons et de l'âge. On sait combien est grand le nombre de décès qu'on relève parmi les enfants nés en hiver et expédiés en nourrice : nous n'insistons que pour montrer quelles précautions il faut prendre à l'égard de ces petits êtres qui souvent mouraient en route autrefois.

C. *Action combinée de l'âge et des saisons.* — Ainsi donc, le froid agit d'autant plus que l'enfant est plus petit, plus chétif; mais il est encore une autre cause qui a aussi d'autant plus d'influence que l'enfant est plus débile, c'est l'alimentation.

L'été, les nouveau-nés succombent bien plus que les enfants âgés déjà de quelques mois, M. Staës-Brame, que j'ai déjà cité, a publié sur ce côté de la question une courbe très intéressante.

A Lille, la mortalité par diarrhée est plus grande en été qu'en hiver, mais en outre, elle est d'autant plus considérable que l'enfant est plus jeune. On voit sur la figure 315 que les enfants meurent plus de gastro-entérite pendant le premier trimestre de leur première année que pendant le second, pendant le second que pendant le troisième, etc.; mais on voit toujours cette mortalité s'accroître d'autant plus que la température du mois s'élève davantage.

D. *Illégitimité.* — Il est encore une autre cause qui joue un très grand rôle dans la mortalité des enfants, et M. Bertillon père, qui a si bien étudié ces questions, y insiste vivement, c'est l'illégitimité. Il montre qu'en France, de 1856 à 1865, la dîme mortuaire a été :

Pour les enfants légitimes, de.....	167,5	p. 1.000
— illégitimes, de.....	326,5	—

et M. Bertillon, dans une série de conclusions que je ne rapporterai pas en détail, dit que cette mortalité est plus grande dans les campagnes que dans les villes. Les enfants illégitimes succombent donc dans une proportion deux fois plus forte que les enfants légitimes.

E. *Conditions d'élevage.* — Il faut tenir compte aussi des conditions particulières dans lesquelles se trouvent les enfants.

Pour ceux qui sont élevés chez leur mère par elle-même ou par une nourrice au sein, la mortalité est presque nulle ; il en est de même s'ils sont soumis à un allaitement mixte bien dirigé.

Mais les conditions peuvent ne pas être toujours aussi favorables. Si les parents étaient syphilitiques, si la mère qui nourrit son enfant au sein est alcoolique, l'enfant s'élève bien plus difficilement.

De plus, nous avons cité les cas d'allaitement artificiel mal dirigé ou d'alimentation solide prématurée qui peuvent occasionner une mortalité considérable des enfants élevés chez leur mère.

Viennent, d'autre part, les enfants confiés à des personnes étrangères, à des grands-parents ou à des gardeuses; ceux-ci succombent aussi dans une proportion effroyable. Nous indiquerons en particulier le cas des ouvrières de l'industrie. J'ai voulu étudier sur place, dans le département du Nord, les causes de l'énorme mortalité que l'on y rencontre : les femmes jeunes n'allaitent pas leurs enfants; de très bonne heure, elles retournent à l'atelier, abandonnent leur bébé à des grands-parents ou à des mercenaires.

Et ce n'est pas tout. Il faut encore citer les mères qui refusent de prendre les précautions indispensables qu'on leur conseille.

Nous terminerons l'exposé des causes par une constatation qui nous a profondément surpris pendant que nous nous trouvions dans le département du Nord; je veux parler d'assurances en cas de décès : elles sont contractées pendant la grossesse et donnent une prime aux parents, lorsque leur enfant succombe. Des compagnies belges, d'Utrecht, d'Anvers, etc., ont organisé cette spéculation.

Cette pratique n'est pas nouvelle, et Bertillon père rapporte qu'au Congrès des sciences sociales tenu à Glascow, en 1874, le président a signalé l'existence, en Angleterre, de mutualités dites d'enterrement; les statistiques, d'ailleurs, prouvaient que la mortalité infantile était plus considérable dans ces mutualités que chez les enfants de parents de même classe sociale, mais non mutualistes.

Il y a donc là encore une cause sinon directe, du moins indirecte de mort pour les enfants.

Remèdes

Quels sont les remèdes qu'on peut opposer à la mortalité des enfants de 0 à 1 an? Je diviserai cet exposé en deux parties qui correspondront aux faits que nous avons passés en revue ; nous étudierons donc; A) les remèdes d'ordre médical ; B) les remèdes d'un autre ordre.

A. — Remèdes d'ordre médical

A. — *Diarrhée ou gastro-entérites.* — Ce sont les affections du tube digestif qui emportent le plus de nourrissons, et si ces maladies sont si fréquentes, cela tient non seulement à la misère, mais encore et surtout à l'ignorance et aux préjugés.

Surveiller la santé des enfants, guider les mères et les aider, tel est le but des *Consultations de nourrissons* (1).

Lorsque nous étions à la Charité et que nous demandions aux femmes, revenues dans notre service, des nouvelles de l'enfant que nous avions mis antérieurement au monde, très souvent elles nous répondaient : « Il est mort. »

Si les nouveau-nés sont très bien soignés pendant que leur mère séjourne à l'hôpital, il n'en est plus de même ensuite. Ils ne reçoivent plus alors aucun conseil médical.

(1) Voyez Ch. Maygrier. *Les Consultations de nourrissons,* dans l'Œuvre médico-chirurgicale de Critzmann, octobre 1903.

En 1892, nous avons demandé à M. Peyron, directeur général de l'Assistance publique, de vouloir bien nous autoriser à faire revenir à l'hôpital, une fois par semaine, les enfants qui y étaient nés.

Nous précisions et nous disions : « Il ne s'agit pas d'une consultation pour les enfan t malades, il ne s'agit pas de faire concurrence à nos collègues, médecins des hôpitaux d'enfants ; non, nous désirons simplement diriger les mères, les engager à continuer l'allaitement au sein, et, dans le cas où cet allaitement deviendrait insuffisant, les aider en leur donnant du lait de vache de bonne qualité et stérilisé ».

M. Peyron accepta ; le Conseil de surveillance voulut bien aussi nous le permettre, mais en spécifiant nettement que nous ne recevrions à cette consultation que les enfants réellement venus au monde chez nous. Si nous avions à distribuer du lait, on était ainsi assuré que nous ne le ferions que pour des personnes véritablement pauvres.

Depuis cette époque, voici comment nous procédons : chaque semaine, les femmes qui sont accouchées dans notre service et qui élèvent leur enfant, nous l'apportent le vendredi matin. Cet enfant est examiné et pesé. Sur un registre spécial, nous inscrivons son poids et les renseignements qui le concernent ; nous pouvons de la sorte établir facilement sa courbe. C'est l'allaitement au sein que nous encourageons de toutes nos forces ; nous avons vu quelques femmes qui, médiocres au début, devenaient plus tard d'excellentes nourrices.

Dans le cas où l'allaitement au sein est manifestement insuffisant, nous prescrivons une quantité variable de lait stérilisé, que la mère vient ou envoie chercher chaque matin.

Parfois même, la femme n'ayant pas de lait du tout, ou, après en avoir eu, n'en ayant plus, son enfant ne boit que du lait stérilisé.

Nous remettons à la mère une fiche en carton sur laquelle nous inscrivons le numéro du registre, la date de la naissance de l'enfant, son poids hebdomadaire, le mode d'allaitement auquel il est soumis et la quantité de lait qui doit lui être distribuée. Lorsque nous le jugeons nécessaire, l'enfant nous est ramené dans le cours de la semaine.

Au lieu d'abandonner à elles-mêmes des mères désireuses de bien faire mais ignorantes et pauvres, il nous semble préférable de les surveiller, de les diriger, de les aider. « Cette consultation, a écrit un de nos élèves, le Dr H. de Rothschild, devient une véritable *Ecole des mères*, car si l'on soigne les bébés, on conseille aussi les mamans, leur donnant une ligne de conduite pour le présent et l'avenir. »

Quand un nourrisson est souffrant, nous demandons qu'on nous prévienne : nous sommes tenu au courant de son état et du traitement qu'il suit, nous envoyons prendre de ses nouvelles, et nous savons ce qu'il devient en attendant le moment où il pourra revenir à notre consultation.

Les enfants nous viennent pendant leur première et aussi pendant leur seconde année, c'est-à-dire pendant les périodes difficiles de la dentition et du sevrage.

Les statistiques de notre consultation montrent que 94 0/0 de nos enfants sont élevés au sein, soit qu'ils tètent exclusivement, soit qu'ils reçoivent l'allaitement mixte ; en un mot, 94 0/0 prennent dans le sein de la mère tout ce qu'il est capable de produire.

L'allaitement artificiel n'existe que dans la proportion de 6 0/0. Il s'agit alors de femmes qui n'ont pas eu de lait, de mères qui ont été ou qui sont souffrantes, ou encore d'enfants qui, mis en nourrice à la campagne, ont été rapportés malades ; la mère garde alors et surveille son bébé qui reçoit du lait de vache.

Le résultat capital obtenu dans les Consultations de nourrissons est la disparition, pour ainsi dire totale, de la mortalité par gastro-entérite. Depuis 1892, nous faisons

annuellement une enquête minutieuse pour tous les enfants qui ont suivi notre consultation pendant un mois au moinset deux années au plus. Un seul d'entre eux est mort de diarrhée dans les conditions que voici. Il était inscrit sur nos registres sous le numéro 881. Il était nourri au sein. Sa mère l'ayant mis dans une crèche de la ville où il recevait du mauvais lait, il eut de la diarrhée. Malgré notre défense, la mère le reconduisit à la crèche, il y passa la journée du 24 avril 1897, y reçut du lait, fut pris de choléra infantile et mourut le lendemain 25 avril. Ce fait a la valeur d'une expérience.

Depuis, aucun de nos enfants n'est mort de gastro-entérite ; quelle qu'ait été par les grandes chaleurs la mortalité par diarrhée dans la ville de Paris, pas un seul de nos nourrissons n'a succombé à cette affection ; nous pouvons même affirmer que les troubles digestifs sont relativement très rares chez eux. Voici du reste nos statistiques, telles que nous les avons publiées à l'Académie de médecine le 5 janvier 1904.

« Nous dirigeons deux Consultations de nourrissons : une, le vendredi, avec le Dr Planchon ; une autre, le mercredi, avec les Drs Perret et Quillier. Cette dernière ne date que de dix mois ; 92 enfants l'on suivie ; comme elle est trop récente, nous la laisserons de côté. Aucun des enfants de cette Consultation n'a, du reste, succombé.

La Consultation du vendredi a été, depuis l'époque où nous sommes à la Clinique Tarnier, c'est-à-dire depuis mars 1898, suivie par 712 enfants ; 26 sont morts, ce qui fait une proportion de 36,55 0/00.

Mais les statistiques de la ville de Paris portent sur douze mois ; les enfants sont restés chez nous neuf mois et demi en moyenne pour un séjour d'une année, de 365 jours par conséquent, notre mortalité serait donc de 46 0/00.

A Paris, pendant les années 1898, 1899 et 1900, en déduisant du chiffre des naissances le nombre des enfants qui ont été envoyés en nourrice hors de la capitale, il y a eu 20.282 décès de 0 à 1 an sur 113.805 enfants, c'est-à-dire une proportion de 178 0/00.

De quoi sont morts nos enfants ? Voici l'énumération des causes :

Affections pulmonaires : 10 : rougeole : 5 ; coqueluche : 2 ; variole hémorragique, méningite et convulsions : 5 ; mère et père alcooliques : 1 ; gueule de loup : 1 ; spécificité : 1.

Comparons nos chiffres à ceux de la ville.

La mortalité par affections du tube digestif a été, pour Paris, de 69 0/00 pour les enfants élevés au sein et artificiellement ; chez nous, elle est égale à zéro.

La mortalité par affections pulmonaires a été dans la ville de Paris de 32 0/00 ; chez nous, elle a été de 17 0/00.

La mortalité par affections contagieuses : variole, rougeole, scarlatine, grippe, diphtérie, coqueluche, a été de 10,5 ; chez nous, elle a été de 13,8 0/00.

Pour les autres causes, la mortalité de la ville de Paris a été de 65,6 ; à notre Consultation elle a atteint le chiffre de 73,8 0/00.

D'autres Consultations ont été organisées à Paris. Le Dr Variot, médecin des hôpitaux, a annexé en 1893, à son dispensaire de Belleville, une consultation dans laquelle il distribue à très bon compte, du lait stérilisé du commerce. Notre ancien élève, le Dr Henri de Rothschild et le Dr Dubrisay père, font de même dans leurs dispensaires. Notre collègue, M. Maygrier, continue la consultation fondée en 1892 à la Charité ; M. Porak fait de même pour celle créée en 1895 à la Maternité, et M. Boissard, accoucheur des hôpitaux, en a installé une dans son service de l'hôpital Tenon.

En 1898, sur l'initiative de M. Paul Strauss, le Conseil général de la Seine a organisé des consultations analogues dans les maisons de secours de la ville de Paris et du

département. Puisque des secours d'allaitement, variant de 10 à 15, 20, 25 et 30 francs sont accordés à un certain nombre de femmes, il nous semblait qu'on pouvait exiger qu'elles vinssent présenter leurs enfants toutes les semaines ou tous les quinze jours. Si l'allaitement au sein est bien fait et suffit, elles continuent à recevoir le secours complet; si, au contraire, on est obligé de donner du lait stérilisé, la dépense causée par cette distribution de lait peut être retenue sur la somme accordée. On est assuré, de la sorte, que l'enfant a du bon lait et les frais supplémentaires sont bien peu considérables. La première de ces consultations a été au début dirigée par le Dr Chavane.

Depuis, d'autres consultations ont encore été fondées par le Conseil municipal dans différentes parties de la ville; citons, en outre, celle qui a été créée par M. Risler, dans le VIIe arrondissement et qui est dirigée avec grand soin et beaucoup de succès par M. le Dr Bresset; celle de Grenelle, celle du Ve arrondissement, etc.

En province, on s'est efforcé vite de suivre la même voie. En 1893, nous avons, avec M. Coche, étudié la possibilité d'organiser une consultation à Dieppe. Il nous semblait que cela permettait de faire, dans une population assez limitée, des statistiques comparables et intéressantes entre les enfants bien dirigés, élevés au sein et au lait stérilisé, et ceux qui n'auraient pas été surveillés.

En juillet 1894, M. le Dr Berlioz obtenait de la municipalité de Grenoble l'argent suffisant pour donner, tout l'été, du lait stérilisé aux enfants pauvres.

Un médecin très intelligent, très instruit, philanthrope éclairé et très tenace dans sa volonté de faire le bien, le Dr Dufour (de Fécamp) a, en juillet 1894, créé une consultation de nourrissons sous le vocable heureux et pittoresque de la « *Goutte de lait* ». Il y admet tous les enfants de la ville qu'il divise en trois catégories : il y a la section gratuite pour les pauvres, la section demi-payante pour les ouvriers, et la section payante pour les enfants bourgeois et riches. Ceux qui sont fortunés doivent aider ceux qui ne le sont pas.

Depuis, ces institutions se sont répandues en France, dans les différents départements : au Havre, à Nantes, Elbeuf, Rouen, Versailles, Bar-le-Duc, Clermont-Ferrand, Beauvais; dans le Pas-de-Calais où il en existe actuellement vingt-neuf; dans le Nord, à Lille, à Saint-Pol-sur-Mer; dans l'Yonne, à Appoigny, à Moneteau, à Gurgy, et dans un très grand nombre d'autres communes.

Il s'en est fondé en Belgique (Bruxelles, Hodimont, Liège), en Italie (Florence), en Hongrie (Témesvar), en Espagne, à Madrid, au Canada, etc.

Dans toutes les Consultations et les Gouttes de lait, les enfants doivent être examinés et pesés, les mères sont dirigées, et non seulement les médecins leur donnent les conseils qui relèvent de l'hygiène alimentaire, mais encore ceux qui touchent à l'hygiène générale; on surveille et on analyse le lait distribué, afin qu'il soit de bonne qualité et ne puisse nuire.

Les résultats obtenus expliquent la diffusion rapide de cette nouvelle institution. Quelques reproches cependant ont été faits aux Consultations de nourrissons et aux Gouttes de lait. Les enfants y étant amenés en grand nombre y sont, a-t-on dit, exposés aux maladies contagieuses, rougeole, coqueluche, etc.; l'hiver, par les temps rigoureux, ils peuvent se refroidir et contracter des bronchites et des broncho-pneumonies; enfin, les Gouttes de lait semblent trop favoriser l'allaitement artificiel.

Il est facile d'éviter les maladies transmissibles. A notre Consultation, un assistant examine chaque enfant qui se présente; s'il est douteux, il ne pénètre pas au milieu des autres; de la sorte, il n'y a pas de contagion possible.

Quant aux refroidissements, ils doivent être bien rares. Les mères, en général, habitent dans le voisinage de l'hôpital; du reste, peut-on supposer que du mois

d'octobre au mois d'avril, elles ne feront jamais sortir leurs bébés et qu'elles les laisseront constamment enfermés à la maison? La vérité, c'est qu'un enfant, s'il est bien enveloppé et s'il est tenu chaudement dans les bras et sur la poitrine de sa mère qui l'apporte, n'a pas beaucoup de chances de se refroidir sérieusement et de tomber malade. Placez, dans les conditions précédentes, un thermomètre entre sa peau et ses vêtements, et vous en aurez la preuve.

Il a été reproché aux Gouttes de lait de favoriser l'allaitement artificiel (Dr Peyroux). Les femmes du peuple, y recevant gratuitement un lait de bonne qualité et stérilisé, peuvent, en effet, avoir une tendance à sevrer leurs enfants, croyant qu'elles n'ont aucun intérêt à nourrir. C'est au médecin de s'y opposer. Dans les consultations rattachées au service d'accouchement, les femmes arrivent entraînées à donner le sein et on observe peu l'allaitement artificiel. Dans les Dispensaires, dans les Gouttes de lait, le rôle du médecin est beaucoup plus difficile : les nourissons qu'on lui apporte sont généralement sevrés, le plus souvent ils sont malades, quelquefois ils sont mourants, et la mère n'ayant pas de lait dans ses seins, force est de conserver l'allaitement artificiel, « faute de mieux », comme l'a si bien dit le Dr Dufour. Et nos confrères ont beaucoup de mal à remettre en bonne santé ces petits êtres. Un certain nombre d'entre eux se sont ingéniés à trouver les moyens de favoriser efficacement l'allaitement au sein.

C'est dans ce but que le Dr Panel, directeur du Bureau d'hygiène de Rouen, et qui dirige un dispensaire de la ville avec son collègue le Dr Bouju, a demandé à la Municipalité d'accorder trois livres de viande par semaine aux femmes qui allaitent. Des gratifications de 10 francs et de 20 francs sont, en outre, accordées à celles qui soignent bien leur enfant. Grâce au dévouement d'une directrice intelligente, les choses ont marché à souhait. Tandis qu'avant 1900, presque toutes les femmes donnaient le biberon, depuis cette époque, celles qui allaitent sont beaucoup plus nombreuses que les autres. Quant aux résultats, les voici pour les trois années 1900, 1901 et 1902 jusqu'au 6 août : 149 enfants ont été élevés au biberon et 214 au sein ; la mortalité totale s'est élevée à 16 0/0 (25 sur 149) pour les premiers ; elle a été de 4,2 0/0 (9 sur 214) pour les derniers. Or, ces 4,2 0/0 représentent les autres causes de décès, la mortalité par diarrhée des enfants élevés au sein a disparu en quelque sorte complètement.

L'exemple donné par le Dr Panel a été imité à Bar-le-Duc, à Appoigny, etc. Un médecin de Saumur, le Dr Levraud, procède autrement : il a deux consultations, une pour les enfants élevés au biberon, l'autre pour ceux nourris au sein. Dans la première, les mères paient le lait de leur enfant; dans la seconde, elles reçoivent une gratification de 3 francs à chaque pesée qui a lieu tous les quinze jours.

A Paris, le Dr Bresset a montré que le nombre des femmes qui suivent sa consultation et qui allaitent augmentent chaque année. En effet, en 1898, la proportion des enfants nourris artificiellement était de 36,5 0/0 ; en 1902, elle n'était plus que de 18,7 0/0.

Le nombre des femmes qui nourrissent au sein dépasse 80 0/0.

Le Dr Carel, ancien élève du Dr Bresset et ancien externe de notre clinique, a obtenu des résultats analogues, MM. Boissard et Devé, à l'hôpital Tenon, ont vu la proportion des allaitements au sein qui était au début de 10 0/0 s'élever à 93 0/0.

Tout le monde paraît aujourd'hui d'accord : il est nécessaire d'établir partout des consultations où l'on pèse les enfants et où l'on conseille les mères. Ces consultations ne doivent pas être des écoles d'allaitement au biberon, car nous ne connaissons pas encore actuellement les moyens d'élever les enfants artificiellement sans leur faire courir de grands risques, tout au moins dans les premiers mois. La meilleure goutte de lait,

en effet, est toujours celle que l'enfant trouve dans le sein de sa mère, ce qui ne veut pas dire que les autres ne puissent être utiles, nécessaires même dans un certain nombre de cas.

La Goutte de lait annexée à la Consultation de nourrissons permettra de donner aux enfants un aliment de bonne qualité, stérilisé, non dangereux. Dans les grands centres, dans certaines régions, elle est indispensable, car il est presque impossible, sans cela, d'y avoir un liquide non fraudé, bien préparé et bien contrôlé.

Cependant, dans les campagnes, les femmes ont généralement la certitude que le lait qui leur est fourni est sain; elles peuvent ainsi le stériliser très facilement dans de petites bouteilles graduées et elles n'en donnent que la quantité déterminée par le médecin. Le Dr Mocquot n'a de Goutte de lait ni à Appoigny, ni à Moneteau, et la Consultation de nourrissons y donne de très bons résultats. Ils sont tels que le maire d'Appoigny nous déclarait, le 21 juin dernier, que si on voulait aujourd'hui la supprimer, les femmes du pays protesteraient et réclameraient.

Un certain nombre de Gouttes de lait et de Consultations de nourrissons commencent à donner leurs statistiques qui sont bonnes, là où on encourage l'allaitement au sein ; telles sont, par exemple, la Goutte de lait de Saint-Pol-sur-Mer et la consultation de nourrissons d'Arques.

A Saint-Pol-sur-Mer, grâce à un généreux philanthrope, M. Van Cauwenberghe, et au dévouement d'un médecin, M. le Dr Ausset, une Consultation de nourrissons a été établie dans cette ville ; il y naît chaque année 360 enfants environ ; du 1er octobre 1902 au 1er octobre 1903, plus de la moitié a suivi la Consultation.

Or, pendant les cinq années qui ont précédé le mois d'octobre 1902, la mortalité moyenne a été de 28 décès de 0 à 1 an pour 100 naissances ; du 1er octobre 1902 au 1er octobre 1903, cette mortalité, portant non pas seulement sur les enfants qui sont venus à la Consultation, mais sur ceux de toute la ville, est tombée de 28 à 21 0/0. Comme tous les enfants de Saint-Pol-sur-Mer n'étaient pas surveillés, l'abaissement de la mortalité totale entre 0 et 1 an résulte de la diminution considérable du nombre des décès à la Consultation des nourrissons dirigée avec tant de dévouement par le Dr Ausset (1).

Les Consultations de nourrissons dirigées par les médecins peuvent encore rendre de grands services pour l'enseignement, pour la diffusion de notions pratiques nécessaires à tous ceux qui s'occupent de l'élevage de la première enfance. Elles permettent, nous l'avons vu, de faire l'éducation des mères qui nourrissent; elles servent encore à celles des mères futures. Les jeunes filles suivent la consultation d'Appoigny, y apprennent à peser les enfants et y écoutent avec attention les conférences d'hygiène du Dr Mocquot. Peut-il y avoir une manière plus efficace de faire disparaître les préjugés régnants ?

Le Dr Marfan a montré, dans un récent et très intéressant rapport, comment on devrait organiser un enseignement médical en vue de combattre la mortalité des enfants du premier âge. Les Consultations de nourrissons y joueraient un rôle considérable ; les étudiants et les sages-femmes y verraient passer sous leurs yeux toutes les particularités de la clinique.

(1) M. le Dr Alexandre, maire d'Arques, près Saint-Omer, qui a organisé dans sa commune une Consultation de nourrissons, où il est assisté par un comité de dames généreuses, a envoyé à M. le Préfet du Pas-de-Calais son rapport pour l'année 1903. La mortalité totale des enfants de 0 à 1 an avait été en moyenne, à Arques, pour les cinq années précédentes, de 19 0/0, relativement au nombre des naissances ; en 1903, elle est tombée à 10 0/0.

Au récent Congrès d'hygiène de Bruxelles, le 2 septembre 1903, après une importante discussion, les conclusions suivantes ont été votées :

« La sixième section est d'avis que l'alimentation des nourrissons doit faire l'objet de la sollicitude constante des pouvoirs publics et exprime le vœu :

1° Que les Administrations publiques charitables cherchent, par tous les moyens possibles, à instituer des *Consultations pour nourrissons*, dirigées par des médecins ;

« 2° Que, ponr les jeunes filles, depuis l'école moyenne jusqu'à l'école normale, et spécialement dans les écoles ménagères, il soit institué des leçons pratiques d'hygiène infantile, notamment en leur faisant suivre des *Consultations* de nourrissons ;

« 3° Que, dans toutes les communes, des notices sur l'allaitement et l'hygiène des nouveau-nés, en tête desquelles figure ce précepte que jamais l'allaitement artificiel ne vaut l'allaitement naturel, soient délivrées au moment du mariage et de la déclaration de naissance. »

« Tout médecin s'intéressant à la puériculture pourrait, a écrit le Dr Maygrier, facilement établir dans sa propre clientèle une *consultation individuelle*, suivant l'expression du Dr Devé, qui a soulevé cette question et l'a traitée d'une façon très heureuse dans sa thèse inaugurale. La preuve vient d'en être fournie par le Dr Legrand (d'Issy), qui a organisé depuis un an environ à son domicile une Consultation et en a communiqué les bons résultats à la Société d'obstétrique de Paris. Je citerai encore l'exemple du Dr Pierrehugues (communication écrite) qui, depuis quelques mois, a installé chez lui, à Hyères, une consultation où des enfants lui sont amenés chaque semaine par leur mère où par la personne chargée de les élever. Il les pèse, les examine, distribue du lait stérilisé en cas de besoin, etc., et, d'après ce qu'il a observé jusqu'ici, il a tout lieu de croire que cette organisation portera ses fruits. A Paris, dans le XIIIe arrondissement, le Dr Schwab a fondé, pour l'Œuvre des femmes en couches israélites, une *Consultation individuelle* qui fonctionne avec succès. Il est à souhaiter que ces efforts personnels se multiplient, afin que s'étende à un plus grand nombre de nourrissons la surveillance médicale qui les préserve de la maladie et de la mort. »

B. *Affections pulmonaires.* — Le médecin devra montrer aux mères les dangers des refroidissements, dangers d'autant plus grands que les enfants sont plus jeunes; il le fera surtout facilement s'il dirige une Consultation de nourrissons. C'est dans ces conditions que la mortalité par affections pulmonaires diminuera.

C. *Débilité congénitale.* — Le nombre des décès par débilité congénitale est considérable, puisqu'il atteint 171 0/00 de la mortalité totale. Nous avons donné ci-dessus toutes les indications nécessaires au médecin pour lutter aussi efficacement que possible.

D. Le chiffre de la mortalité dû à la *tuberculose* n'est pas considérable. Il faut éviter la contagion par les parents, ce qui n'est pas très facile; pour les enfants soumis à l'allaitement mixte et à l'allaitement artificiel, il est indispensable de faire stériliser leur lait

E. *Maladies contagieuses et autres causes.* — Une hygiène sévère et des mesures conseillées par le médecin empêcheront la propagation des maladies contagieuses. Il faut vacciner les enfants le plus tôt possible. Pour les maladies héréditaires, syphilis et autres, c'est au médecin qu'il appartient de les combattre et de les guérir. Rappelons enfin que la plupart des maladies sont souvent la conséquence d'affections du tube digestif et qu'elles seront évitées avec d'autant plus de succès que l'estomac et l'intestin seront en meilleur état (1).

(1) Extrait de : Pierre Budin, *Manuel pratique d'allaitement.* Un vol. chez Octave Doin, édit., Paris.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies générales non infectieuses et intoxications

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Recherches et expériences concernant l'influence des opérations sur la marche et la terminaison du diabète sucré (*Mitt. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. XII*, n° 5). — Kœrner estime que certaines opérations (ouvertures de collections purulentes à marche aiguë par exemple), sont indiquées chez le diabétique plus encore que chez l'individu sain. Si, au contraire, il s'agit d'opérations moins urgentes, il est toujours bon de les faire précéder d'une cure anti-diabétique, ou au moins d'alcaliniser le patient avant et après l'opération, pour tâcher d'éviter le coma. Ce dernier ne constitue pas la seule complication grave à craindre; toute influence hyposthénisante est à éviter, si faire se peut. On cherchera donc à faire perdre au malade le moins de sang possible, on réduira au minimum la période de diète absolue nécessaire à la narcose, en opérant de très bon matin, au cours d'une période de jeûne physiologique. Après l'intervention, on combattra les effets nocifs du repos au lit par le massage.

L'auteur a étudié plus spécialement la mastoïdite suppurée, complication relativement fréquente de l'otite moyenne aiguë chez les diabétiques. Il dispose de 7 cas personnels et de 31 trouvés dans la littérature, avec 88 0/0 de guérisons. L'examen de ces cas démontre que chez les diabétiques légers, il arrive parfois que l'élimination du sucre augmente après l'intervention, sans que le cours de la guérison soit pour cela entravé. L'auteur n'a jamais observé de passage de la forme légère à la forme grave à la suite de l'intervention.

Le danger de coma postopératoire n'existe que pour les sujets atteints de diabète grave et surtout ayant déjà présenté la réaction de Gerhardt (acide acétylacétique).

La forme légère du diabète ne doit pas constituer une contre-indication opératoire : on peut même intervenir, en cas d'urgence, dans les cas moyens et graves.

E. Vogt.

Les indications de la cure de déchloruration, par Javal (*La Presse Médicale*, 6 août 1904). — La rétention chlorurée chez les brightiques présente des variations extrêmes, elle peut être temporaire ou permanente, intense ou légère, et elle est réglée avant tout par le degré et la durée de l'imperméabilité du rein pour le sel.

Les indications de durée et de rigueur du traitement doivent donc se régler d'après chaque cas particulier, et la pesée journalière des sujets donnera un moyen suffisant pour suivre les effets du régime déchloruré ou hypochloruré. L'auteur cite à ce sujet deux observations typiques; dans un cas, la rétention pour les chlorures n'était que temporaire et on a pu débarrasser le malade de ses œdèmes, tandis que dans l'autre, on n'a atteint qu'une seule fois une dose de 4 grammes de chlorure dans les urines : 1 litre 3/4 de lait contenait plus de chlorures qu'il ne pouvait en éliminer. Il est dans ces cas impossible de lutter contre l'aggravation fatale de l'imperméabilité rénale.

Dans l'autre cas, au contraire, avec une énorme rétention chlorurée, on put arriver à faire éliminer plus de 10 grammes par jour, et même 22 grammes en administrant en même

temps de la théobromine. Un mois après la fin de la crise d'imperméabilité, le malade pouvait supporter le régime ordinaire de l'hôpital.

La théobromine peut augmenter les effets du régime, mais ne peut le remplacer : en revanche, le régime achloruré peut suffire, sans aucune médication, à faire fondre les œdèmes.

Ces deux observations démontrent en outre que la quantité parfois énorme d'œdème qu'un sujet peut accumuler dans des tissus ne mesure ni le degré d'imperméabilité, ni la gravité de la lésion rénale. Le second malade, par exemple, a perdu 28 kilos 500 d'hydratation et 170 grammes de chlorure de sodium en 7 jours de traitement, ce qui démontre que la perméabilité rénale n'était pas mauvaise. Le premier malade au contraire, avec un œdème bien moindre, présentait des accidents graves, dus à une imperméabilité prononcée.

Le liquide d'œdème a une chloruration très constante : il faut une rétention de 5 à 6 grammes de chlorure de sodium pour fixer un litre d'eau dans les tissus.

La pesée du malade permet de suivre jour par jour l'évolution de la rétention chlorurée, et de proportionner la rigueur de la cure à l'intensité de cette rétention.

E. Vogt.

Traitement des cas graves de diabète (*Ther. der Gegenwart*, mars 1904). — Lœning est un partisan des idées de v. Noorden, qui préconise la diminution de l'apport alimentaire, surtout en albuminoïdes, chez le diabétique grave. Il arrive fréquemment que des malades de cette catégorie, qu'on ne peut débarrasser de leur sucre tant qu'ils ingèrent abondamment des aliments, arrivent à supporter de petites quantités d'hydrocarbures si on les soumet à un régime sévère. On est en droit, en vue d'une thérapeutique efficace, de refuser au malade le nombre de calories dont il a besoin ; on peut du reste, en donnant beaucoup de graisses et peu d'albuminoïdes (relativement s'entend), subvenir en partie à ce besoin de calories. Dans ces conditions, par suite de l'apparition en excès d'acide oxybutyrique dans l'économie, les urines deviennent très acides, mais si l'on continue dans la même voie, en diminuant peu à peu la quantité d'aliments, ce phénomène disparaît et le sucre éliminé descend à un minimum.

L'auteur dispose d'une observation de diabète grave chez un jeune sujet, qu'il a réussi à débarrasser entièrement de son sucre urinaire par cette méthode.

E. Vogt.

Traitement de l'arthrite déformante, par Van Wart (*New Orl. med a. surg. J.*, août 1904). — Le traitement de cette affection est souvent peu satisfaisant, aucun bénéfice ne paraissant parfois résulter des moyens employés. Dans d'autres cas, la maladie semble être arrêtée et dans quelques cas rares être guérie complètement. Garrod pense que le traitement doit être commencé de bonne heure et continué pendant des mois et même des années.

Le traitement diététique est peut-être le plus important. La viande est supprimée, et l'on diminue progressivement certains autres aliments si l'on pense que l'affection articulaire a quelque relation avec la goutte. L'alcool est habituellement défendu. Sous l'influence de ce régime on est surpris des progrès de la maladie. Au contraire, on doit permettre au malade tout ce qu'il désire, pourvu qu'il prenne une quantité suffisante d'aliments. Les vins légers et la bière avec la viande semblent avoir des avantages pour le malade. Les vêtements doivent être appropriés au climat et être en laine de préférence.

Quant au climat, on le choisira chaud et sec. Le sol doit être sec et la température aussi égale que possible. Certains malades se trouvent bien des hautes altitudes alors qu'ils souffrent quand ils sont près de la mer.

L'hydrothérapie est utile dans beaucoup de cas ; elle peut être pratiquée dans un établissement ou à domicile. L'action des eaux thermales ne doit pas être trop prolongée ni trop répétée, l'eau ne doit pas être trop chaude. Dans les cas d'anémie il faudra recourir aux eaux ferrugineuses.

Les bains de vapeur locaux ou généraux sont souvent très utiles. Le bain de pieds chaud et l'enveloppement des jointures avec du sable chaud calment les douleurs dans certains cas. On a attribué de bons résultats aux bains d'air chaud.

L'électricité calme souvent la douleur et peut jouer un rôle pour arrêter les progrès de la maladie. On peut recourir au courant galvanique, faradique ou aux bains électriques. Beaucoup de médicaments ont été recommandés, qui dans la plupart des cas n'ont que peu d'action. Les plus importants sont le fer, l'arsenic, les iodures sous toutes les formes. Les salicylates et leurs dérivés sont peu utiles. On a spécialement recommandé le sirop d'iodure de fer.

On aura recours aux révulsifs, surtout au thermocautère, particulièrement dans les cas spinaux. On peut employer les vésicatoires ou d'autres révulsifs locaux. Garrod a employé la jusquiame pour diminuer le spasme musculaire.

L'huile de foie de morue est souvent d'une grande valeur dans le traitement. Le massage doit être employé dans tous les cas pour prévenir l'atrophie musculaire et la difformité qui résulte des contractures. Le repos des jointures affectées donne souvent de bons résultats.

L. Jumon.

Sur un cas de lymphosarcomatose rapidement amélioré par les rayons X, par J. Bergonié (*Arch. d'Electr. méd.*, 25 août 1904). — Dans un cas très grave de leucémie avec hypersplénomégalie, hypertrophies ganglionnaires multiples considérables, chaîne trachéo-bronchique remplissant à peu près tout le thorax et provoquant une dyspnée mécanique extrême, circulation collatérale très développée, cas pour lequel le diagnostic de lymphosarcomatose généralisée a été porté, avec pronostic fatal à brève échéance, la radiothérapie a produit très vite une amélioration considérable.

Après la vingtième séance quotidienne (comme il y avait 7 régions à exposer aux rayons, on n'eut que 4 séances par mois et par région), l'analyse du sang donna une augmentation des globules rouges et une diminution considérable des globules blancs. Les masses ganglionnaires des 7 régions traitées ont diminué d'une façon extraordinaire (le pourtour du cou a passé de 48 cm. à 41 cm.). A la 35e séance, le nombre des globules rouges est normal.

E. Vogt.

Action des rayons X sur le sang leucémique (*La Presse médicale*, 20 août 1904). — Aubertin et Beaujard observent depuis plusieurs mois un malade atteint de leucémie myélogène et très amélioré depuis l'emploi de la radiothérapie. Ils ont suivi jour par jour les modifications immédiates du sang après chaque séance. En six semaines, le nombre des globules blancs est tombé de 124.000 à 52.000, en même temps que l'état général s'améliorait considérablement. Après chaque séance, le nombre des leucocytes augmentait pour baisser ensuite progressivement et arriver chaque fois à un taux inférieur au taux primitif.

Le nombre des globules rouges augmente d'une façon parfois considérable après chaque séance : en revanche, la rate ne paraît pas influencée par le traitement, bien que le malade, non hospitalisé, ait affirmé qu'après chaque séance elle diminuait nettement pendant 2 ou 3 jours pour reprendre plus tard son volume.

Dans les premières séances, l'augmentation des globules blancs est presque immédiate, puis, elle ne se produit plus que le lendemain de la séance, et même plus tard : à un certain moment, cette augmentation devient à peine perceptible et la diminution définitive est seule appréciable.

E. Vogt.

Maladies infectieuses

Dr Lesage

Médecin des Hôpitaux.

Traitement des infections locales par le mercure et l'iodure, par Aug. Stabler (*Merck's Archives*, août 1904). — L'auteur indique une méthode de désinfection locale assez originale à laquelle il attribue une grande valeur. Elle s'appuie sur ce fait, que lorsqu'on fait prendre de l'iodure de potassium, et qu'ensuite on envoie sur la conjonctive de la poudre de calomel, on voit se développer un dépôt rouge dû à la formation de l'iodure de mercure; si on ajoute une solution d'iodure de potassium, l'iodure de mercure se dissout et on obtient la désinfection des couches profondes des tissus. On peut procéder d'une façon inverse et donner du calomel à l'intérieur, à doses modérées fréquemment répétées; l'application d'une solution d'iodure de potassium donnera pareillement de l'iodure de mercure, mais dans ce cas la pénétration sera plus profonde et l'irritation locale moins grande que lorsqu'on applique le calomel localement.

Voici comment l'auteur pratique d'après ces données l'antisepsie locale. Il fait une solution de parties égales d'eau et de glycérine, à laquelle il ajoute 3 grammes de teinture d'iode pour 30 grammes de véhicule, avec un peu de belladone et d'acide phénique à titre de sédatifs locaux. Cette solution est appliqué à l'aide d'un simple pulvérisateur à main, par exemple, sur la gorge et dans le nez, ou sur toute autre région que l'on désire. Si la pulvérisation est envoyée dans la gorge, l'extrémité du tube doit être tenue par le patient entre les dents, la bouche étant fermée, afin que le liquide atteigne toute la surface de la muqueuse. L'auteur a employé avec succès ce traitement dans plusieurs cas de diphtérie pour lesquels il n'avait pu se procurer du sérum. Il fit d'abord prendre du calomel après quoi le spray fut employé toutes les deux heures. Les fausses membranes se détachaient plus facilement sous l'influence du calomel et de l'iode que sous l'influence de la pulvérisation seule. L'auteur croit qu'il y a avantage à employer ce traitement, même lorsqu'on fait des injections d'antitoxine.

Le rhumatisme est une autre affection qui peut avoir sa porte d'entrée par les amygdales. Ici le mercure à l'intérieur et l'iode à l'extérieur donneraient de brillants résultats et on éviterait les complications cardiaques. Dans le rhumatisme articulaire aigu, l'auteur applique sur les jointures affectées une mince couche de coton imbibé de teinture d'iode, de teinture de belladone et d'alcool camphré par parties égales, puis par-dessus le coton un morceau de diachylon et une bande de flanelle. En même temps on donne du mercure à l'intérieur. Si ce traitement est commencé de bonne heure il est très rarement nécessaire de recourir à la morphine. Même dans la sciatique, ce traitement a donné de meilleurs résultats que les autres procédés.

Le même traitement s'applique avec succès aux furoncles, anthrax, phlegmons, etc. On peut associer ici la teinture d'iode à l'ichthyol. L'érysipèle et la mastite sont traités de la même manière. Enfin, la méthode est encore applicable aux infections utérines, auquel cas il suffit d'appliquer un tampon de glycérine iodée, après avoir donné le mercure à l'intérieur.

L. Jumon.

Traitement local de la diphtérie, par James Ely (*Merck's Archives*, août 1904). — Primitivement la diphtérie est une maladie locale due à la pullulation du bacille sur une muqueuse dénudée, l'infection générale se produit secondairement.

Aucune application locale bactéricide faite sur les fausses membranes n'a le pouvoir de détruire les bacilles, d'arrêter la pénétration des toxalbumines ou de prévenir la pénétration des toxines et des bacilles dans la profondeur, sauf dans le cas où l'application locale peut dissoudre ces membranes sans occasionner de traumatisme et neutraliser les toxines et les germes de la muqueuse. L'acide lactique et l'acide tartrique peuvent dissoudre les membranes et même neutraliser les toxines. L'auteur insiste dans son travail sur la nécessité d'employer le traitement local concurremment avec le traitement antitoxique. Jordan, Œrtel, Gaucher et Grancher ont insisté aussi sur l'opportunité du traitement local. En appliquant une solution d'acide lactique sur une fausse membrane aussitôt qu'elle est formée, on peut très rapidement l'enlever avec du coton absorbant. On nettoiera ensuite toutes les régions atteintes de la muqueuse avec un coton imbibé d'une solution de formaline à 4 0/0, il n'y aura plus alors aucun danger d'une nouvelle infection par les bacilles. La cavité buccale peut être tenue indemne de tout germe et les applications locales hâteront la guérison de la muqueuse dénudée. Contrairement à l'opinion enseignée par certains auteurs, il faut enlever les fausses membranes parce qu'elles sont le réceptacle des microbes infectieux et qu'elles sont une source de putridité et d'accidents. Lorsque ces fausses membranes sont enlevées, ce que l'on doit faire avec douceur, les malades éprouvent du soulagement, avalent et respirent mieux. Il ne faut donc pas hésiter en face d'un cas de diphtérie à enlever ces produits et à tenir la muqueuse dans un grand état de propreté.

Tout ce traitement doit être fait en même temps qu'on pratique des injections antitoxiques. Dans tous ses cas, l'auteur a employé la formule de Rennart comprenant de l'acide tartrique, de l'acide lactique avec du bichlorure de mercure, ou bien le mélange de Grancher constitué par de l'acide tartrique, de l'acide phénique et de la glycérine. Il n'est jamais résulté aucun inconvénient de ce traitement et de l'ablation des fausses membranes. La formaline peut être employée ensuite pour maintenir les muqueuses dans un état aseptique.

L. Jumon.

Chirurgie générale

Dr Benoit

Ancien interne des hôpitaux

Nouvelles observations sur la narcose par la morphine et la scopolamine, par B. Korff (*Berlin, Klin, Woch.*, 15 août 1904). — L'idée de produire l'anesthésie chirurgicale par des injections sous-cutanées de morphine et de scopolamine est due à Schneiderlin qui fit des opérations plus ou moins importantes, à l'aide de ce mode de narcose. Les résultats obtenus furent favorables, mais la difficulté était de fixer la dose variable suivant les individus. A son tour, Korff essaya la méthode et s'arrêta à une injection de 0 gr.12 de scopolamine et de 0 gr.025 de morphine, suivie en cas de nécessité de l'emploi du chloroforme ou de l'éther. Depuis, il s'est efforcé de déterminer les doses minima inoffensives, sans être obligé de recourir au chloroforme qui exige alors l'intervention d'un aide. Il a d'abord remarqué que lorsqu'on injecte en une seule fois les doses indiquées plus haut, les malades présentent d'abord une certaine agitation et les vaisseaux carotidiens offrent des phénomènes de dilatation très

marquée, il n'en est plus de même si les doses sont injectées en les fractionnant de demi-heure en demi-heure avant l'opération. Les malades s'endorment alors naturellement, sans excitation, et la dilatation des carotides est beaucoup moins marquée ou fait défaut. Cependant, l'opération pratiquée pendant cette narcose, exige une certaine manière de faire. Bien que le patient soit absolument insensible à la douleur, il est cependant à l'état de demi-veille, au point qu'on est tenté de donner un peu de chloroforme. L'incision de la peau, du péritoine, la section des troncs nerveux doivent être suivies d'un temps d'arrêt, pour que le repos complet revienne. Mais le sommeil n'en persiste pas moins profond et le patient ne revient à lui que lorsque les sutures cutanées sont faites après l'opération. Chez les sujets âgés, il suffira d'injecter des doses faibles, mais il est toujours mieux de s'en tenir aux doses moyennes. L'auteur a fait plus de deux cents opérations, grandes ou petites, à l'aide de la morphine ou de la scopolamine, et donne les conclusions de ses observations.

La narcose par la morphine-scopolamine peut remplacer les anesthésies générales usitées jusqu'à présent en injectant 0 gr. 025 de la première et 0 gr. 001 de la seconde en doses fractionnées successives, un tiers de la dose deux heures et demie avant l'opération, un tiers une heure et demie et le reste une demi-heure avant d'opérer.

Cette narcose n'offre aucun danger ni pour le cœur ni pour les poumons ; on n'a pas observé non plus des troubles du côté des reins, de l'estomac, du tube digestif. On peut la recommander parce qu'elle rend inutile la présence d'un anesthésiste. L'action de la narcose est variable suivant les sujets ; quelques-uns qui réagissent encore faiblement demandent un supplément de dose, 0 gr. 0002 de scopolamine et 0 gr. 005 à 0 gr. 01 de morphine, ou bien même quelques inhalations de chloroforme ou d'éther. Il faut s'abstenir en tout cas de fortes doses de scopolamine.

L'avantage de ce mode de narcose réside dans l'absence de nausées et de vomissements, puis il est possible de donner des liquides alimentaires, soit avant, soit après l'opération. Enfin il faut veiller pendant le sommeil de la narcose à ce que la langue ne se renverse pas en arrière pour arrêter la respiration, ce qui peut arriver chez les sujets âgés dépourvus de dents.

L. Jumon.

L'escarre due au chlorure de zinc protège-t-elle les plaies aseptiques contre l'infection? — (*Soc. libre des chir. de Berlin*, 11 juillet 1904). Brœse, à la suite d'expériences, a reconnu que le chlorure de zinc ne présente pas de propriétés antiseptiques : le *bac. prodigiosus* n'est même pas détruit après un séjour de 24 heures dans une solution de chlorure de zinc à 50 0/0. En revanche, si on traite au chlorure de zinc une plaie infectée depuis une minute, l'infection ne se produit pas, sans doute à cause de l'action en profondeur du chlorure sur les tissus vivants.

Il résulte de ces expériences que le chlorure de zinc, dénué de propriétés antiseptiques, peut cependant protéger l'organisme contre une infection par des bacilles virulents.

E. Vogt.

Traitement chirurgical des maladies bénignes de l'estomac, par Lund, Joslin et Murphy (*Boston med. and surg. J.*, 4 août 1904). — Les auteurs sont intervenus dans 71 cas comprenant les lésions suivantes : ulcère chronique, obstruction pylorique, dilatation aiguë, perforation, hémorragie, avec 34 cas de mort. Leurs conclusions sont les suivantes : L'intervention chirurgicale dans les hémorragies gastriques doit être discutée avant même qu'elle devienne urgente, et le chirurgien doit surveiller conjointement avec le médecin la marche de la maladie. Les cas d'hémorragie gastrique doivent en général être observés par le médecin et par le chirurgien. Les opérations sur les femmes âgées de moins de trente ans ne doivent être que relativement conseillées, car la mort survient rarement avec un traitement simplement médical. On ne doit pas perdre du temps, pendant l'opération, à chercher le point qui saigne, mais on doit procéder de suite à la gastro-entérostomie.

La mortalité dans les opérations pour la perforation de l'estomac dépend principalement du temps qui s'est écoulé entre la perforation et l'opération et de la virulence de l'infection. Les malades atteints d'ulcère chronique de l'estomac ou de rétrécissement du pylore doivent être surveillés à la fois par le médecin et par le chirurgien. Il est dangereux de remettre l'opération lorsqu'elle est indiquée. Il est probable que dans les opérations à venir on évitera des erreurs de méthode et de technique chirurgicale ; ces erreurs expliquent près de la moitié des cas de mort.

L. Jumon.

La question du traitement des paraplégies pottiques, par le Dr Ricardo Lazano Manzas (*Revista Enalar de Medicina j. Cirugia*, février et mars 1904). — L'auteur publie l'histoire de six cas de mal de Pott, qui démontrent que s'il

existe un abcès on doit le vider par ponction ou par incision transversale, suivant les cas. Si l'on pratique la ponction, on fera une injection iodoformique consécutive. Dans les deux cas, on immobilisera le malade tout de suite après l'intervention.

S'il n'existe pas d'abcès, on fera l'immobilisation et le redressement lent si le malade peut le supporter ; s'il n'en est pas ainsi, on se contente de l'immobilisation.

Si, après huit ou dix mois, la paraplégie ne disparaît pas, malgré le traitement proposé antérieurement, on doit faire la laminectomie s'il y a eu abcès, le redressement forcé s'il n'y en a pas.

Si le redressement forcé ne réussit pas, on doit pratiquer la laminectomie plutôt que de laisser mourir le malade.

F. Berini.

Maladies des Voies digestives

Dr Soupault

Médecin des hôpitaux

Points de vue nouveaux concernant le diagnostic et le traitement de la cholélithiase (*Deutsche med. Ztg.*, 25 août 1904). — Schurmayer pose comme principe que la quantité de bile sécrétée est directement proportionnelle à la quantité de sang qui traverse dans le même temps le foie. Il faut donc avant tout chercher à assurer une bonne irrigation sanguine de la glande : plus tard, on ordonnera de fortes doses de purgatifs et de cholagogues ; pendant cette période, les malades restent au lit, dans une position spéciale destinée à diminuer la pression du rebord costal sur le foie et à faciliter le travail du côlon. Les malades ont 10 à 15 selles en vingt-quatre heures, mais ils sont nourris en conséquence : les selles, d'abord diarrhéiques et fétides, deviennent plus tard jaunes et enfin foncées et consistantes. A ce moment, le sujet peut se lever. Pour combattre les phénomènes irritatifs éventuels, l'auteur se sert de thermophores électriques placés pardessus un enveloppement de Priessnitz, et laissés en position pendant plusieurs heures.

L'irrigation hépatique est surtout favorisée par des exercices respiratoires, et tous les agents physiques doivent être recommandés, car ils contribuent tous à provoquer une ventilation pulmonaire plus énergique.

L'auteur a soigné plus de 400 malades d'après cette méthode : dans 80 0/0 des cas, les symptômes de cholélithiase ont disparu : les plus anciens cas remontent à trois ans.

E. Vogt.

La désinfection des voies biliaires et l'antisepsie interne, par Kuhn (*Munch. med. Woch.* 10 août 1904). — Voici d'après des expériences faites sur la fermentation de la bile dans les voies biliaires les conclusions auxquelles est arrivé Kuhn : Tout liquide biliaire qui provient d'une fistule biliaire présente une fermentation de plus en plus intense pour cesser de fermenter dans le tube d'essai au bout de 24 à 36 heures, au plus, au bout de 60 heures. La bile qui est sécrétée lorsqu'on emploie à l'intérieur le salicylate de soude, le menthol et le thymol présente une fermentation beaucoup plus faible et cesse complètement de fermenter à un point qui dépend de la quantité et de la nature du médicament.

L'action des médicaments sur la bile se fait nettement sentir seulement après un ou deux jours, conformément à la voie d'absorption. De même l'action désinfectante dans la bile sécrétée persiste au-delà du moment où l'on cesse l'ingestion médicamenteuse, en raison de la lenteur de l'élimination que l'on peut du reste suivre sur l'urine.

Le meilleur médicament pour les processus inflammatoires qui atteignent les voies biliaires est l'acide salicylique et ses sels.

L. Jumon.

La constipation rectale chez les femmes, par Peckham Murray (*Med. Record*, 6 août 1904). — Pour beaucoup de raisons, les femmes sont sujettes à la constipation, mais surtout à la constipation rectale à laquelle, pour l'auteur, on n'a pas suffisamment accordé d'attention. Celle-ci peut être due à un état nerveux, mais tandis qu'elle peut être le résultat d'états inflammatoires, d'hémorroïdes, de fissures, de fistules, qui sont également communs aux hommes et aux femmes, dans beaucoup de cas la constipation est d'origine mécanique en ce qu'elle dépend d'une disposition anatomique particulière. Les antéversions, rétro-déplacements, néoplasmes, fibromes, les inflammations péri-utérines font obstacle au cours des matières. Une forme de constipation rectale qui a été peu étudiée est celle qui est le résultat du refoulement de la cloison recto-vaginale, refoulement qui forme une poche augmentant sans cesse de volume. Il en résulte que la défécation est non seulement difficile, mais incomplète. La rétention des matières fécales entraîne alors de l'irritation rectale et de l'auto-intoxication.

Dans les cas de constipation d'origine mécanique, le traitement par les différents laxatifs ne donnera pas beaucoup de résultat. Il faudra d'abord corriger les déplacements, mais si la

constipation est due à des tumeurs qui ne peuvent être opérées, il est nécessaire de donner des laxatifs. Ces derniers agissent favorablement dans les états atoniques du rectum et préviennent les efforts, cause habituelle de la rectocèle. L'auteur recommande les laxatifs végétaux, par exemple un mélange de deux parties d'extrait fluide de cascara et d'une partie de glycérine, auxquelles on ajoute un peu de teinture d'anis et dont on donne une cuillerée à thé dans de l'eau avant chaque repas ; plus tard, selon l'effet, on réduira la dose. La belladone, la strychnine, l'aloïne sont également utiles. Dans les cas de goutte, de rhumatisme, de tendance névralgique il vaut mieux recourir aux purgatifs salins ou aux eaux minérales. Les laxatifs sont inutiles chez les femmes atteintes de rectocèle; dans ces cas le sphincter anal en se contractant constitue un autre obstacle au passage des selles. Il sera très utile de dilater l'anus à l'aide de bougies, car dans ces conditions le sac tend à s'effacer. Les malades ne doivent pas faire d'efforts pour aller à la selle mais doivent attendre que l'intestin commence à se vider de lui-même. Les suppositoires sont utiles en ce qu'ils ramollissent les matières et relâchent les sphincters. Les suppositoires à la glycérine sont excellents dans ce but, bien qu'ils déterminent parfois de l'irritation. Dans beaucoup de cas, on obtient d'excellents résultats des injections d'huile d'olive recommandée par Kussmaul et Fleiner. Au moment de se coucher, la malade s'injecte dans le rectum la quantité d'huile d'olive qu'elle péut garder facilement pendant la nuit. Cette quantité varie du reste suivant les individus et peut être évaluée à la moitié d'un verre jusqu'à un verre entier. L'huile calme l'irritation causée par la présence des matières et certaines malades amaigries gagnent du poids au bout de quelque temps. Les massages, l'électricité et tout ce qui exagère la péristaltisme est inutile.

L. Jumon.

Traitement de la péritonite diffuse, par J. Blake (*Med. Rec.*, 6 août 1904. *Acad. de Med. N. Y.*). — La péritonite diffuse consiste dans une inflammation progressive sans limites définies, elle peut être relativement localisée ou absolument généralisée. L'opération doit être faite le plus tôt possible, car il est plus facile alors de limiter ou de supprimer l'infection, et le choc est moins dangereux que si l'on retarde l'opération. Les méthodes de traitement de l'exsudat varient; toutes celles qui ont pour but de nettoyer la cavité péritonéale sont passibles d'objections. Dans l'intervention, il faut exposer le moins possible les intestins à l'air et au traumatisme. L'auteur pratique une petite incision et fait une irrigation avec une grande quantité de solution saline. Le tube est muni d'orifices latéraux en rapport avec un tube siphon, ce qui permet le passage d'une grande quantité de liquide sans augmenter la pression intra-abdominale, en outre le lavage est beaucoup plus rapidement fait. Le reste du liquide laissé dans la cavité abdominale est rapidement absorbé. Quant au drain, il n'est enfoncé que d'une très petite quantité dans la cavité abdominale et on l'enlève au bout de trente-six à quarante-huit heures. Cette méthode a donné une moindre mortalité, une convalescence plus courte, un abaissement plus rapide de la température, une guérison plus rapide de la plaie, enfin, il ne se produit généralement ni météorisme, ni obstruction intestinale. Le traitement consécutif consiste dans le repos complet pour le tube digestif. On fait un lavage de l'estomac et on ne donne aucun aliment jusqu'à ce que la tendance aux nausées ait disparu. Les lavements nutritifs doivent alterner avec les lavements salins lorsque les nausées persistent.

Dans l'année précédente, Blake a opéré 19 cas de péritonite diffuse. Un cas causé par une appendicite succomba. De même un autre cas dû à une perforation d'un ulcère gastrique. Il s'agissait de péritonite généralisée; sur 14 cas de péritonite en voie d'extension, il y eut 4 morts. En ajoutant ceux que l'auteur a opérés antérieurement, on a eu un total de 51 cas avec une mortalité de 50 0/0.

Pour l'auteur, le point principal du traitement de la péritonite diffuse consiste dans un diagnostic précoce. On ne doit jamais différer l'opération lorsqu'il y a du tympanisme, des vomissements, de la flexion des extrémités, de la prostration. Dans les douze premières heures d'une péritonite par perforation, l'intervention n'a jamais donné d'insuccès à l'auteur.

Blake en terminant donne la préférence au petit drain parce qu'il est impossible de drainer toute la cavité abdominale. Le lavage est absolument nécessaire dans les cas où le péritoine est souillé par des substances étrangères, le contenu gastrique ou intestinal épanché ou encore des produits fibrineux inflammatoires. Le lavage a moins d'importance dans les cas où l'épanchement est seulement purulent ou séropurulent.

L. Jumon.

Maladies du système nerveux

Dr P. SAINTON

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine.

Le traitement de l'alcoolisme à l'hôpital de New-York, par J. Collins (*Therap. Gazette*, 15 août 1904). — Ce traitement varie suivant les symptômes observés. En général, il y a trois catégories de cas : 1° delirium tremens; 2° Symptômes nerveux, tremblement, agitation mentale; 3° psychoses légères, amnésie, inertie psychique et physique. On observe aussi des malades atteints de la gastro-duodénite subaiguë, mais l'auteur n'en tient pas compte ici, parce qu'il peut y avoir d'autres causes que l'alcoolisme.

Dans le délirium tremens trois indications se présentent : relever les forces du malade, calmer l'agitation, assurer le sommeil.

On donne d'abord 0 gr. 90 de poudre grise, qu'on fait suivre six heures plus tard d'un purgatif salin et de boissons chaudes abondantes pour favoriser les effets purgatifs, diurétiques et diaphorétiques. On répète le purgatif mercuriel le second et le troisième jour dans beaucoup de cas et au besoin on ajoute 0 gr. 20 de poudre de jalap.

L'alimentation est un point très important du traitement, on donne des aliments en partie digérés soit par la bouche, soit par le rectum. En général, on emploie rarement l'alcool dans les cas non compliqués de delirium tremens.

On y a recours lorsqu'il existe une pneumonie ou une complication cardiaque. Dans quelques cas, l'alcool peut être nécessaire pour prévenir le collapsus, mais ces cas sont rares.

Pour calmer l'agitation motrice, on a recours aux bains chauds, aux enveloppements chauds et aux injections sous-cutanées d'hyoscine. Rien ne relève aussi rapidement le pouls et ne calme mieux le délire et l'agitation qu'un bain très chaud à 42° ou 46° de deux à cinq minutes de durée, surtout si l'on donne en même temps une petite dose de trional ou de véronal avec des boissons chaudes abondantes.

Les enveloppements chauds donnent de bons résultats, mais moins bons que les bains chauds. On enveloppe le malade dans des couvertures de laine plongées dans l'eau à 60° ou 70°, puis exprimées mécaniquement, on y laisse le patient durant trois à cinq minutes, suivant l'état de son pouls, de sa respiration et de sa température. On ne doit pas employer ce traitement quand il y a de la fièvre, à moins de complication rénale; on s'en abstient également en cas de collapsus. Dans les cas moins graves, on prolonge l'enveloppement dans le drap mouillé à 18° pendant une heure ou deux jusqu'à ce que la température remonte à 35° ; souvent le malade s'endort pendant qu'il est enveloppé.

Si ce traitement ne suffit pas, on a recours aux injections de bromhydrate d'hyoscine à raison de 0 gr. 0006 à 0 gr. 001.

L'auteur emploie rarement l'opium, le chloral et les bromures, bien qu'il soit facile de calmer le malade avec une injection de 0 gr. 03 de morphine, surtout si on donne en même temps du bromure et du chloral, mais ce traitement augmente l'asthénie et l'hémolyse.

Pour assurer le sommeil, on a recours au trional, au véronal et à la paraldéhyde, mais surtout au premier qui serait ici le meilleur hypnotique. Quant à la paraldéhyde, elle semble exagérer le catarrhe gastro-duodénal qui existe presque toujours.

Le traitement général consiste à maintenir ouvertes les voies d'excrétion : rein, intestin, peau.

Dans la seconde catégorie, le traitement consiste habituellement à administrer de la poudre grise et du jalap, des boissons alcalines diurétiques, du lait peptonisé et parfois des hypnotiques. Les évacuants et l'alimentation constituent le fond du traitement.

Dans la troisième catégorie, on emploie surtout les stimulants, l'alcool, le strophantus, le camphre, la digitale. Celle-ci est indiquée si le pouls est faible et rapide et si le délire prend une forme asthénique.

De l'avis de l'auteur, on fait un usage trop fréquent et inconsidéré des sédatifs. Dans tous les cas, il faut tenir sérieusement compte des complications et des lésions organiques qui constituent le principal danger du delirium tremens. Les maladies des organes d'élimination et de l'appareil circulatoire ajoutent énormément à la gravité de la maladie, il faut agir en conséquence. L. Jumon.

Traitement de l'alcoolisme aigu, par Jonhson (*Therap. Gazette*, 15 août 1904), — A l'admission du malade, on supprime immédiatement tous les alcooliques. Si l'on suppose que l'estomac contienne de l'alcool non absorbé, on fait le lavage de l'estomac ou une injection de chlorhydrate d'apomorphine. On note fréquemment une sédation dès les premières heures. On administre ensuite du calomel, puis des purgatifs salins. Le lavage de l'estomac supprime, en général, les vomissements persistants. Comme régime, du lait et de l'eau de chaux, et parfois on donne de l'oxalate de cérium. Dès que le malade est sevré des boissons alcooliques, on le soumet à une alimentation liquide nourrissante, extrait de bœuf, lait peptonisé, œufs crus dans du lait, koumis. Il est très utile d'ajouter de la poudre de capsicum

au bouillon chaud. Pendant la convalescence, on prescrit de la teinture de noix vomique. de la teinture de capsicum et de gentiane. L'hydrate de chloral est un médicament souverain dans ces cas, à la dose de 2 grammes toutes les quatre heures, jusqu'à ce que le résultat désiré soit atteint. S'il existe de l'asthénie cardiaque, on joint au sédatif du nitrate de strychnine, de l'atropine, de l'acétate d'ammoniaque ou de l'infusion de digitale. On emploie la morphine avec beaucoup de prudence, surtout s'il existe quelque complication rénale. Le bromhydrate d'hyoscine ne convient pas dans ces cas; son emploi est parfois suivi d'une forte excitation du système nerveux avec prostration consécutive profonde. Dans la plupart des cas, on a obtenu d'excellents résultats en donnant 1 gr. 20 à 1 gr. 80 de trional pendant le jour, toutes les quatre heures, et une même dose de chloral le soir.

Il est très important d'entretenir les selles pendant l'administration des sédatifs, afin d'éviter la parésie intestinale qui survient assez fréquemment. On pratiquera dans tous les cas la percussion de la vessie.

Des lotions chaudes et, dans les cas sthéniques, les enveloppement chauds sont bien supportés lorsqu'il existe quelque lésion rénale. Il est utile dans ces cas d'administrer de grandes irrigations salines intestinales, qui ont, en outre, l'avantage d'augmenter l'appétit. On emploie rarement la pilocarpine.

Les malades sont maintenus au moyen de draps, afin qu'ils ne se blessent pas. La chambre doit être tenue dans l'obscurité, le calme doit être aussi complet que possible. Le bruit peut ramener un délire très actif.

La pneumonie est une complication qui aggrave considérablement le pronostic.

L. Jumon.

Injections sous-cutanées de nitrate de strychnine dans le traitement de l'atrophie musculaire progressive, par Sander Brown (*Med. Record*, 6 août 1904). — Comme Sir W. Gowers, l'auteur a obtenu de bons résultats, quoique moins avantageux, des injections de strychnine dans l'atrophie musculaire progressive et croit que ce traitement n'a pas reçu toute l'attention qu'il mérite. Pour un adulte la dose doit être de deux milligrammes et demi par jour durant six semaines, on interrompt les injections pendant deux semaines et l'on recommence. Bien que beaucoup de malades puissent supporter de plus fortes doses sans en ressentir rien de désagréable, Brown a eu de meilleurs résultats avec ces doses modérées qu'avec des doses plus élevées. Il est possible qu'à une certaine dose la strychnine agisse comme tonique en restaurant les neurones dégénérés, tandis que des doses élevées précipiteraient la marche de la maladie. Cette action favorable de la strychnine sur la maladie ne pourrait s'obtenir qu'à l'aide des injections de nitrate, tandis que toute autre forme d'administration, par la bouche notamment, ne donnerait aucun résultat. Il est possible que certains types d'atrophie musculaire soient plus accessibles que d'autres à l'action médicamenteuse, mais l'auteur ne possède à cet égard aucune expérience. Cependant on peut dire que les doses doivent varier selon l'intensité et la rapidité du processus. C'est ainsi qu'on devra éviter les hautes doses dans les cas où le processus destructif est relativement actif. Au contraire il semblerait que dans ces cas des doses faibles ont une action plus favorable. On ne doit pas non plus oublier les soins hygiéniques, massage, électricité, gymnastique.

L. Jumon.

Maladies vénériennes

Maladies de la Peau

Dr Morel-Lavallée

Médecin des Hôpitaux.

La radiotherapie dans les épithéliomes de la peau, par Leredde (*Revue pratique des maladies cutanées* (1er août 1904). — Le nombre des malades traités par l'auteur s'élève depuis un an à 24. De ces malades, 13 sont en traitement ou en observation : 11 peuvent être considérés comme guéris (deux malades atteintes d'épithéliomes destructeurs du nez ont été perdues de vue).

La question de la non-récidive ne pourra être résolue par les faits que dans quelques années.

Les insuccès sont essentiellement liés à la technique et celle-ci n'est réglée que depuis peu. Si l'on ne fait pas absorber par les tissus malades une quantité suffisante de rayons X, l'insuccès s'explique de lui-même. Si la quantité est suffisante, on ne doit pas avoir d'insuccès, on doit détruire tous les tissus malades. La radiothérapie est en effet assez énergique pour permettre de détruire même les tissus sains.

La récidive paraît devoir être exceptionnelle lorsque la technique a été maniée avec une vigueur suffisante. Les cicatrices consécutives à la radiothérapie sont extraordinaires par leur netteté — elles donnent en creux, parfois sans aucune rétraction, le moule de l'épithéliome.

L'auteur n'a pas eu jusqu'ici de récidives dans les épithéliomes adultes, mais les guérisons ne remontent qu'à quelques mois. Il en a eu seulement chez deux malades atteints d'épithéliome hyperkératosique ou perlé.

Au point de vue de la comparaison de l'ablation et de la radiothérapie dans le traitement de l'épithéliome cutané, l'auteur est actuellement d'avis que dans les cas très avancés surtout, les délabrements auxquels le chirurgien est obligé de procéder sont tels, que l'indication de la radiothérapie s'impose. Il cite deux succès complets à ce sujet.

Pour l'épithélioma des paupières, l'auteur a été surpris de voir, dans un cas où la conjonctive et le rebord des paupières étaient déjà atteints, ce qui faisait prévoir la nécessité d'une autoplastie après guérison du néoplasme, un résultat si parfait que toute intervention fut inutile.

L'étude de cas d'épithéliomes des paupières traités par les rayons X montre une supériorité certaine de la radiothérapie sur l'ablation. Quant à sa supériorité sur toutes les autres méthodes jusqu'ici employées, elle est indéniable dans cette forme.

E. Vogt.

Radiodermite chronique grave guérie par la cautérisation ignée ponctuée (*Annales méd-chir. du Centre*, 21 août 1904). — Springer a eu l'occasion d'observer, sur un industriel qui, pendant trois ans, présenta les rayons X en public, une radiodermite grave. Au moment de l'examen, il existe depuis 2 ans une ulcération profonde avec fongosités dans le médius droit; l'index est atteint d'une dermite et les ongles des deux doigts sont profondément modifiés dans leur structure.

L'affection a reçu les noms les plus variés; c'est ainsi qu'elle a été confondue avec une tuberculose ou une syphilide de la peau, elle a été prise pour un épithélioma cutané, etc., etc.

Aucun des traitements préconisés n'a amené la moindre amélioration, certains même ont entraîné une aggravation.

Le traitement institué consista en destruction au galvanocautère non seulement du champignon, mais des tissus sous-jacents jusqu'à une profondeur d'environ 3 millimètres au-dessous du rebord cutané qui fut détruit à son tour sur environ 1 millimètre 1/2 de largeur sur tout son pourtour.

L'auteur obtint de la sorte la formation d'une escharre profonde sèche, dure et sonore, véritable morceau de charbon aux lieu et place de la lésion qui existait.

Comme pansement, on appliqua quelques épaisseurs de gaze sèche stérilisée, une légère couche d'ouate hydrophile sèche et une bande pour tenir le tout.

Le sixième jour, l'escharre tombait laissant à nu une plaie de bonne nature recouverte de petites granulations d'un beau rouge.

La cicatrisation de cette plaie s'est faite dans des conditions excellentes sous de simples pansements secs au salol, précédés chacun d'un bain de permanganate de potasse au 1 0/00 suivi d'un attouchement de quelques minutes à l'eau oxygénée.

Trois semaines après, la plaie opératoire était recouverte en totalité de peau saine qui est restée telle.

En même temps que la plaie faite par le galvanocautère se cicatrisait, les tissus du médius tout entier reprenaient leurs caractères normaux et leur fonction régulière.

La sécheresse de la peau disparaissait, les crevasses se fermaient, la gêne articulaire se réduisait à néant.

Les lésions ayant été produites par des rayons ultra-violets, l'auteur avait soumis la main malade chaque jour, pendant une demi-heure, à un bain de lumière rouge obtenu au moyen d'une caisse renfermant plusieurs lampes à incandescence et fermée sur une de ses faces par un double verre rouge rubis devant lequel il plaçait sa main à une distance de 15 à 20 centimètres.

E. Vogt.

Le traitement chirurgical du chancre mou, par Carle (*La Semaine Médicale*, 31 aout 1904). — A une époque voisine de son apparition, tout chancre mou est justiciable du traitement abortif, amenant en 5 à 6 jours une cicatrisation qui s'effectue normalement en 3 à 6 semaines. Pour l'auteur, un chancre surpris dans les premières 48 heures de son apparition est justiciable de la cautérisation forte. La pointe de feu, promenée dans la pustule centrale et dans l'aréole qui l'entoure, arrête presque infailliblement l'affection. On agira de même avec des chancres mous plus âgés, mais situés dans des régions où l'ablation serait difficile ou entraîneraient des cicatrices gênantes. Si l'étendue du chancre est grande, le fer rouge serait trop douloureux, et l'on utilisera la chaleur émanant du rayonnement du thermocautère, de préférence aux divers topiques dont l'action est trop lente d'après l'auteur. Les séances de rayonnement doivent durer 1/4 à 1/2 heure et être quotidiennes.

Les chancres très multipliés sont aussi traités de cette façon.

Sont, d'un autre côté, justiciables d'un traitement plus actif les chancres mous déjà âgés

de quelques jours, uniques ou peu nombreux, siégeant sur les parties molles du pénis (fourreau, prépuce). L'auteur préconise le râclage à la curette suivi de cautérisation au Paquelin, si les chancres sont étendus à plat, peu profonds (chancres féminins surtout), l'enlèvement par la méthode d'Unna (congélation, enlèvement au rasoir d'un disque congelé sur une épaisseur de à 1/2 à 3 mm., puis cautérisation au nitrate et pansement iodoformé) pour les petits chancres récents du prépuce, et l'excision par les ciseaux courbes pour les chancres petits, peu nombreux : pansage à plat et réunion immédiate à la soie.

A la période d'état, on ne saurait songer à de telles interventions, vu l'extension et la profondeur de la lésion. Faut-il alors procéder à la circoncision ? L'auteur la conseille dans les cas où il y a phimosis ou longueur exagérée du prépuce : il n'y a pas lieu d'admettre, avec Ricord et autres, que l'inoculation de la plaie opératoire soit *inévitable* quand il y a des chancres sur le bord du prépuce, car, l'auteur, sur 14 circoncisions faites dans ces conditions, n'a eu qu'une seule inoculation. Voici comment il a procédé :

1° Nettoyage très soigneux, après savonnage, au permanganate, à l'eau oxygénée, etc. Si le prépuce n'est pas mobile, on injectera avec force, sous anesthésie, le liquide choisi : ne pas faire d'incision préalable.

2° Cautérisation au thermocautère de tous les chancres visibles, sous anesthésie : on cautérisera très complètement et on dépassera les limites des ulcérations.

3° Le prépuce relevé en entonnoir au-dessus du gland, on injecte dans l'espace balano-préputial une solution de chlorure de zinc à 60 0/0, qu'on laisse 2 minutes en place.

4° Dernier lavage et circoncision en évitant le contact avec le chancre. Il est inutile de respecter le frein. On suture au catgut, en comprenant dans les points de suture les artérioles qui pourraient saigner. L'auteur ne fait jamais de ligatures. Pansement compressif.

Si, à la suite de la présence d'un grand nombre de chancres, une violente inflammation s'est produite, il est préférable de ne pas circoncire, car on arrive, avec l'eau oxygénée à 12 volumes, les solutions d'oxycyanure de mercure à 3 0/0, etc., injectés avec une seringue urétrale dans le sac préputial, trois fois par jour, avec insufflation consécutive d'iodoforme et introduction d'une mèche de gaze, à améliorer rapidement ces états.

Mais si, malgré tout, l'état phlegmoneux augmente, il faut intervenir, comme ci-devant, mais en ajoutant à l'incision dorsale des incisions latérales obliques allant du frein à l'incision dorsale, pour enlever l'excès de muqueuse et la peau ensuite. L'auteur dispose de 7 observations de ce genre avec 5 résultats excellents. Une fois il y eut inoculation de toute la ligne de sutures, combattue par les radiations caloriques et guérie en 2 mois. Chez un autre malade, 5 jours après l'intervention, phénomènes fébriles graves, localisation purulente dans les ganglions de l'aine gauche. Ici encore, on obtint la guérison.

E. Vogt.

Traitement de la syphilis par la méthode hypodermique, par le Dr F. Maraver Gimenez (*Thèse de Doctorat*, Madrid 1904). — Pour l'auteur, cette méthode ne doit être ni systématiquement appliquée, ni systématiquement écartée.

On ne doit par l'appliquer chez les individus cachectiques, tuberculeux, hépatiques cardiaques, diabétiques ou brightiques (excepté dans les cas de lésion rénale ou hépatique syphilitique nettement confirmée, car dans ces cas-là l'action est favorable).

Les principaux avantages des injections sont : La rapidité de leur effet thérapeutique, l'absorption sûre du médicament, et l'absence d'irritation du tube gastro-intestinal.

Dans les cas urgents, dans ceux où des organes très importants sont attaqués et qui peuvent compromettre la vie du malade, elle est la méthode de choix, et on l'utilisera aussi toutes les fois que les malades auront été traités par d'autres méthodes sans résultat.

F. Berini.

Première note sur le traitement du lupus par les radiations uraniques de Becquerel (*Gazette des Hôpitaux*, 7 juillet 1904). — Bouveyron, depuis quelques mois, traite le lupus par des applications longtemps prolongées de substances faiblement radio-actives, telles que le nitrate d'uranium et de thorium, la pechblende, etc. Les applications sont faites à doses assez massives, au contact direct des tissus.

Dans un cas de lupus du bras, traité depuis un an sans succès marqué, par des médications topiques, l'ablation chirurgicale, la photothérapie, fut soumis à l'action continue de pansements contenant environ 5 grammes de nitrate d'uranium. Guérison en 40 jours avec cicatrice rosée. Ce malade portait, en outre, sur la joue droite, un autre lupus qui fut laissé sans traitement et s'aggrava.

E. Vogt.

La curette dans le traitement de l'acné, par G. Fox (*Med. Record*, 6 août 1904). — L'auteur s'est servi depuis de nombreuses années de la

curette à l'exclusion des autres traitements habituellement employés dans l'acné. Après son emploi, il reste un certain nombre de points saignants, mais peu à peu on fait ainsi disparaître les comédons et l'état du patient s'améliore très visiblement dans la suite. Après avoir employé la curette, on frictionne le visage avec quelque lotion antiseptique. L'état inflammatoire cède rapidement sans qu'on ait recours à des pommades calmantes. Pendant le traitement le patient doit faire un massage de la face, qu'il lotionne d'abord avec de l'eau froide, puis qu'il frotte avec un linge rude. Il est rarement utile d'employer la vapeur d'eau. L'eau froide agit comme un tonique local.

L'auteur ne pense pas que la curette puisse guérir tous les cas d'acné, il faut d'ailleurs que le malade change ses habitudes. La curette est la meilleure méthode de traitement local, mais on ne doit pas négliger le traitement général. Le patient doit être mis à un régime sévère, et l'on doit insister sur les exercices en plein air.

L. Jumon.

Verrues multiples siégeant aux lèvres et aux mains. Guérison complète en un mois, par Mantelin (*Journal des praticiens*, 6 août 04). — Observation d'une fillette de 11 ans, présentant depuis trois ans des verrues multiples, guérie par l'administration interne de magnésie (0 gr. 60 par jour), et l'application quotidienne, sur les verrues, du topique suivant :

Chloral.....	àà 6 grammes.
Acide acétique.....	
Acide salicylique...	àà 4 grammes.
Ether.....	
Collodion.....	15 —

Us. Ext.

E. Vogt.

Maladies des Voies urinaires

Dr CHEVALIER

Chirurgien des hôpitaux

Ancien Chef de clinique de la Faculté.

Les insuccès dans le traitement de la blennorrhagie (*Wien. Klin. Rundschau*, nos 17 et 18, 1904). — Le Pr Finger attribue en premier lieu nombre d'insuccès aux idées surannées qui hantent encore aujourd'hui l'esprit de la plupart des praticiens : le traitement expectant de la blennorrhagie antérieure aiguë, par exemple, date de l'époque où la bactériologie n'avait pas encore fait connaître la vraie cause du mal. Les mêmes errements ont cours au sujet de l'appréciation de la guérison : on admet encore trop fréquemment que la disparition de l'écoulement est un signe de guérison, alors que de nombreux gonocoques peuvent encore, à ce moment, habiter les glandes, la muqueuse, etc., de la région infectée. Enfin, l'emploi de solutions astringentes à concentration forte peut entretenir un catarrhe de la muqueuse, alors que la gonococcie est guérie.

Les gonocoques étant rapidement détruits dans l'urine, ce sont les sédiments qu'il faut utiliser pour leur recherche et faire plusieurs examens avant d'admettre une guérison.

L'auteur s'élève ensuite contre l'exiguité des seringues en verre achetées dans le commerce : elles doivent présenter une capacité de 10 à 12 cm. On rappellera aux malades que le repos est aussi favorable à la guérison que le repos au lit est nuisible (pollutions, etc.).

Il ne faut pas non plus s'imaginer que l'urétrite postérieure est une complication plutôt rare : elle existe dans 80 à 90 0/0 des cas, et ne peut être touchée par l'injection qui remplit l'urètre antérieur à cause de la contraction du sphincter. Il est donc toujours difficile de guérir, par les injections classiques, une blennorrhagie qui date de plus de deux à trois semaines.

Il arrive assez fréquemment que des malades, dès après une première injection dans l'urèthre antérieur avec une des solutions classiques, présentent des phénomènes aigus du côté de la vessie ou de l'épididyme : ce sont le plus souvent des malades chez lesquels le traitement de l'uréthrite antérieure exaspère les manifestations de l'uréthrite postérieure non soignée.

Il ne faut jamais négliger l'examen de la prostate, car l'existence d'une prostatite catarrhale peut gravement compromettre la guérison de la gonococcie.

E. Vogt.

Dilatation électrolytique des retrécissements de l'urètre, par Finck (*Le Bulletin médical*, 27 août 1904). — Cette méthode est lente ou rapide à volonté, elle amène le calibre urétral à un degré de beaucoup supérieur à celui auquel peut prétendre la dilatation simple, elle favorise considérablement la résorption des exsudats inflammatoires, elle permet d'espacer à de longs intervalles les séances de dilatation préventive. Mais elle est peu employée parce qu'elle subit l'influence du discrédit, mérité d'ailleurs, dans lequel est tombée l'électrolyse linéaire.

L'instrumentation est simple : la source d'énergie est représentée par une batterie de

15 à 20 éléments Léclanché groupés en tension. Le pôle positif est mis en communication avec une électrode placée sur la cuisse du malade, le pôle négatif avec l'électrode introduite dans la lumière du canal ; un rhéostat interposé sur le circuit sert à régler l'intensité du courant, et un milliampèremètre sert à l'apprécier. L'électrode négative est constituée par un Béniqué auquel est rattachée, au moyen d'une simple pince à forcipressure, l'extrémité du fil conducteur.

Dilatation électrolytique lente. — On peut faire porter l'action électrolytique soit sur le seul siège du rétrécissement, soit sur la totalité du canal. En pratique, cette dernière manière de faire est préférable : les strictures sont, en effet, rarement isolées, et il n'y a aucun inconvénient à modifier la paroi urétrale sur une certaine longueur. Les soins ordinaires d'antisepsie et d'asepsie étant pris, on introduit dans l'urètre, jusqu'à la portion membraneuse exclusivement, le Béniqué qui met légèrement en tension le retrécissement le plus serré. On relie le Béniqué au pôle négatif, et on applique sur la cuisse du malade l'électrode positive. On fait alors passer le courant avec l'intensité que l'on désire employer ; au bout de quelques instants, on sent la bougie jouer dans le canal, il est inutile de la remplacer par une autre de calibre plus élevé.

Au bout de deux heures se produit un écoulement blanchâtre qui dure quelquefois quelques jours, mais qui ne persiste pas au-delà de vingt-quatre heures, si on a soin de faire suivre la séance d'un lavage sans sonde de l'urètre avec une solution de permanganate de potasse ou d'oxycyanure de mercure. Le lendemain, le malade ressent un peu de gêne de la miction, le canal se trouve, en effet, un peu rétréci, mais ces phénomènes ne tardent pas à disparaître, et à la séance suivante, huit jours après, on constate qu'on a gagné deux, trois, quatre, quelquefois six numéros. L'opération est répétée aussi souvent qu'il est nécessaire pour arriver aux plus forts numéros de la filière Béniqué.

Parmi les résultats immédiats, on constate la disparition, au fur et à mesure que s'élargit le canal, de l'urétrite scléreuse qui accompagne souvent les rétrécissements, la résorption des exsudats inflammatoires et des nodosités semi-urétrales. La surface intérieure du canal devient lisse, et l'explorateur à boule parcourt le canal sans éprouver de ressauts. Ces modifications ne sont pas toujours rapides ; elles se produisent quelquefois à longue échéance.

Les résultats éloignés consistent, non pas en une guérison définitive, mais en un maintien plus durable de la perméabilité urétrale, à tel point que les séances de dilatation préventive peuvent être beaucoup plus espacées que dans les cas ordinaires.

Si l'on veut obtenir de suite la disparition d'un rétrécissement serré, on a recours à la *dilatation rapide*. Le calibre du rétrécissement étant déterminé, on choisit une bougie Béniqué d'un calibre supérieur de quelques numéros (en moyenne cinq) à celui du rétrécissement. On appuie doucement le bec de la bougie sur le point rétréci, et on fait passer un courant de 3 à 4 milliampères. On sent bientôt la bougie s'engager dans la stricture, on augmente légèrement l'intensité du courant au fur et à mesure que l'instrument progresse dans la stricture. Tout d'un coup la résistance est totalement vaincue. On fait passer deux ou trois bougies Béniqué de la sorte, on laisse la dernière en place, 3 ou 4 minutes, avec une intensité convenable, comme dans le procédé de la dilatation lente. Un lavage antiseptique est de rigueur après l'opération. Les séances sont renouvelées tous les huit jours ou tous les cinq jours, suivant l'intensité de la réaction urétrale et la rapidité avec laquelle il faut rétablir la perméabilité de l'urètre.

Les rétrécissements du type ordinaire admettant un 7 ou un 8 de Charrière, susceptibles d'être dilatés progressivement, sont justiciables de la méthode électrolytique dès que l'on est arrivé au n° 12. A plus forte raison en est-il ainsi des rétrécissements plus larges. Dans les cas de rétrécissements filiformes, rien n'empêche de mettre une bougie à demeure, de faire ensuite de la dilatation par la méthode rapide, et de terminer par la dilatation lente ; on peut ainsi éviter l'urétrotomie interne.

Dans le cas de rétrécissements modérément durs, la dilatation électrolytique augmente la durée de maintien du calibre. Mais c'est surtout dans les rétrécissements élastiques que la méthode trouve son meilleur emploi.

Dans tous ces cas il faut pousser la dilatation jusqu'aux plus forts numéros de la filière Béniqué Seuls, les rétrécissements traumatiques et scléro-cicatriciels ne paraissent pas améliorés par la méthode et leur traitement donne lieu, le plus souvent, à des mécomptes.

E. Vogt.

Le massage de la prostate est-il utile ou nuisible ? (*Fortschr. d. Med.*, n° 17, 1904). — Schneider rappelle que les avis sont, à ce sujet, partagés, et que Grosglik, par exemple, à propos du traitement de la neurasthénie sexuelle, n'en a obtenu aucun résultat. D'autres auteurs accusent le massage de la prostate de favoriser,

dans le traitement de la gonorrhée, des poussées aiguës, et même de provoquer l'albuminurie.

Schneider, au contraire, en présence d'une prostatite, gonococcique ou non, n'hésite pas à recommander le massage de la prostate comme le meilleur et souvent le seul efficace procédé de traitement. L'auteur dispose d'une série d'observations de malades inutilement soignés pendant des mois par diverses méthodes et guéris par le massage ; il est vrai que parfois il fallut quatre mois pour obtenir ce résultat. Les insuccès se rencontrent surtout pour les prostatites non gonococciques (dues à d'autres bactéries).

Les instruments sont à rejeter, le doigt est préférable. Les indications sont limitées dans la neurasthénie, car on observe très souvent des aggravations à la suite du traitement. Les poussées aiguës observées par les auteurs sont explicables par la rupture d'une paroi glandulaire, et introduction dans le canal uréthral de sécrétions jusque-là encapsulées. Mais les accidents ainsi provoqués sont toujours peu marqués et peu durables ; on arrête le massage et l'on traite la complication par des méthodes appropriées.

On a objecté au massage le fait de la guérison spontanée fréquente de la prostatite : le fait est certain, mais le massage hâte cette guérison, et il est souvent le seul mode de traitement qui assure cette dernière.

On s'abstiendra de masser une prostate hypertrophiée chez un vieillard, ainsi qu'une prostate tuberculeuse.

En tout cas, la question de l'utilité du massage de la prostate semble devoir être résolue dans le sens de l'affirmative. Néanmoins, en vue d'un jugement définitif, il y aurait lieu de recommander aux auteurs une plus grande précision relative à l'examen physico-chimique des sécrétions, avant, pendant et après le traitement.

E. Vogt.

Traitement de la prostatite (*Wiener med. Presse*, n° 13, 1904). — Porosz recommande le traitement faradique, avec électrode dans le rectum et électrode large sur la paroi abdominale. Le courant induit fait contracter la musculature et favorise ainsi l'élimination des sécrétions glandulaires. L'auteur recommande d'appliquer le traitement même aux cas aigus.

On commencera toujours par un courant très faible, et l'on augmentera tant que le malade pourra le supporter.

E. Vogt.

Sur quelques points du traitement du rein mobile, par W. Gray (*The Edinb. med. J.*, septembre 1904). — A propos d'un cas de rein mobile traité par la néphropexie chez une femme, l'auteur fait quelques remarques intéressantes. Pour beaucoup, l'opération est inutile, ce qui est parfois exact en raison d'un assez grand nombre d'insuccès. On trouve alors que le rein est aussi mobile qu'avant l'opération, ou que tandis que le rein reste fixé, ces symptômes n'ont pas changé ou se sont aggravés.

Lorsqu'on ne réussit pas à fixer le rein, cela est dû surtout à ce qu'on néglige un point très important pendant l'opération. On ne peut guère obtenir le succès si on laisse un plan de tissu graisseux entre le rein et la paroi abdominale relativement fixe, malgré les sutures placées. Il faut enlever la graisse périrénale en arrière du rein. Pour assurer les adhérences, on laisse pendant quelques jours des bandes de gaze autour de chaque pôle du rein ; il se forme alors un épais tissu de granulations qui se transforme en tissu fibreux fixant le rein par sa convexité aux parties avoisinantes. On obtient un résultat analogue en décortiquant le rein dans une étendue suffisante, mais il faut toujours enlever une partie de la loge adipeuse.

En second lieu, il faut éviter les supports spéciaux sur la partie inférieure du rein ; on obtient bien des adhérences solides, mais si la partie supérieure du rein n'est pas fixée, il peut en résulter des symptômes graves.

Dans tous les cas, s'il existe quelques doutes sur le diagnostic, l'auteur explore la vésicule biliaire, les canaux biliaires, le pylore, l'appendice et le ligament large à travers l'incision qui fut faite sur le côté externe du côlon ascendant, afin de savoir si les symptômes ne sont pas dus à quelque affection de ces organes.

L. Jumon.

Pédiatrie

Dr E. THIERCELIN

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine.

Cures d'eaux minérales chez les enfants (*Deutsche med. Ztg.*, 22 août 1904). — Josionek rappelle qu'à la clinique pédiatrique de Dresde on administre aux nourrissons atteints de catarrhe gastrique de l'eau de Wildungen chauffée, sans coupage. Une autre indication consiste dans l'élimination de calculs d'acide urique,

qui peuvent se concréter et former des calculs vésicaux.

Dans la première année, le catarrhe gastro-intestinal peut être efficacement combattu par l'eau de Carlsbad ou de Vichy, on peut donner plusieurs fois par jour une cuillerée à soupe d'eau minérale chauffée, plus tard on peut administrer jusqu'à 100 grammes par jour.

Les diarrhées des nouveau-nés sont efficacement combattues par l'eau de Carlsbad (Sprudel), à la dose de deux cuillerées à café le matin : mêmes résultats en cas d'ictère.

La constipation est justiciable de l'eau de Bilin qui, aux doses quotidiennes de 50 grammes environ, réveille le fonctionnement du tractus intestinal, à condition de n'atteindre cette dose que progressivement et de donner la dose journalière en plusieurs fois.

Dans les néphrites consécutives aux affections infectieuses, l'auteur recommande les eaux diurétiques.

L'auteur recommande de commencer toujours avec la plus grande prudence un traitement par injection d'eau minérale chez l'enfant : à cet âge déjà, il existe des idiosyncrasies marquées, et l'organisme n'est pas encore immunisé contre les actions nocives des ingesta.

En résumé, il y a lieu de combattre cette idée répandue dans le corps médical, que les cures d'eaux minérales ne conviennent pas au premier âge et à l'enfance.

E. Vogt.

Des repas rares dans l'alimentation des nourrissons atteints de gastro-entérite, par Dœbeli (*Corresp. Blatt f. Schw. Æ.*, 1er septembre 1904). — Il est généralement admis que les nourrissons prennent le sein toutes les trois heures. Pour Dœbeli, cet intervalle est trop court et offre certains inconvénients, principalement celui d'une surcharge gastrique conduisant à la dyspepsie. Il connaît un assez grand nombre d'exemples dans lesquels les mères ont été obligées par leurs occupations de donner le sein le matin, à midi, le soir et une fois pendant la nuit, et leurs nourrissons s'en sont très bien trouvés. En outre un enfant est bien plus facilement sevré lorsqu'il fait ainsi des repas très distancés. On peut dire que normalement le nombre des repas pour les nourrissons varie de quatre à sept dans les vingt-quatre heures.

Les raisons les plus importantes de longs intervalles entre les repas sont tirées de l'état fonctionnel de l'estomac du nourrisson à l'état de santé et de maladie. La motilité de l'estomac chez le nourrisson dépend de la qualité et de la quantité des aliments ingérés. A l'état normal l'estomac du nourrisson bien portant est vide au bout de deux heures même quand il a pris beaucoup de lait, mais l'aliment séjourne beaucoup plus longtemps dans l'estomac : s'il s'agit du lait de vache, il faut alors attendre trois heures ou davantage. Le muscle stomacal doit en outre se reposer comme tout muscle, à l'exception du myocarde. Pour que l'estomac se vide complètement il faut au moins trois heures d'intervalle pour les enfants nourris au sein, et quatre heures pour ceux qui prennent du lait. L'acide chlorhydrique d'autre part apparaît une heure et quart à deux heures après un repas au sein et deux heures à deux heures et demie après un repas au biberon. Cet excès d'acide chlorhydrique libre offre une très grande importance pour la désinfection du tube digestif de l'enfant.

Chez les enfants atteints d'affections gastro-intestinales, l'observation montre que la motilité de l'estomac est en souffrance, car les enfants vomissent souvent des restes de lait quatre ou cinq heures après le dernier repas. L'état du caillot permet également de juger du péristaltisme de l'estomac. La fonction motrice s'opère d'autant mieux que les flocons de caséine sont plus fins, si l'estomac ne se contracte pas, le lait se prend en gros caillots comme dans un simple verre à réactif. Ce symptôme s'observe dans beaucoup de cas de troubles digestifs accompagnés de vomissements. L'état des fonctions gastriques, surtout de la motilité, exige ainsi qu'on observe des intervalles de quatre heures au moins entre les repas chez les nourrissons dyspeptiques. L'anorexie que manifestent les enfants atteints d'affections aiguës montre que le besoin d'aliments est diminué et cette indication ne peut être mieux remplie qu'en espaçant les repas. La règle thérapeutique la plus importante sera de mettre tout enfant atteint de troubles gastro-intestinaux aigus à la diète alimentaire, jusqu'à ce que l'appétit se relève naturellement. Il ne faut pas confondre ici le besoin d'aliments et le besoin d'eau chez un enfant atteint de diarrhée profuse. Le premier est diminué dans le stade aigu, le dernier est augmenté dans une grande mesure et on doit y pourvoir. Il est absolument indiqué de donner à l'enfant dans l'intervalle des repas, de petites quantités d'eau bouillie, d'eau albumineuse, d'infusion de thé. Si les vomissements s'opposent à ce que les pertes aqueuses soient réparées, l'indication des injections salines sous-cutanées se présente et nombre d'enfants ont été sauvés par cette intervention. Les vomissements d'ailleurs disparaissent rapidement avec les longs intervalles entre les repas, à moins, ce qui est rare,

qu'il ne s'agisse d'un rétrécissement du pylore

L. Jumon.

L'intolérance pour le lait maternel, par Variot (*Journal des praticiens*, 23 juillet 1904). — Il arrive parfois qu'un nourrisson ne supporte pas le lait de la mère : il peut être brusquement pris de diarrhée verte, de vomissements, et la croissance s'arrête. Si on supprime, comme dans un cas cité par l'auteur, le lait maternel et qu'on donne du lait stérilisé, tous les accidents cessent, pour réapparaître, si l'on fait à nouveau un essai d'alimentation par le lait de la mère. Ce lait, examiné, présentait une grande pauvreté en beurre et en caséine, mais ce fait ne suffit pas pour expliquer l'intolérance observée. L'intolérance du reste peut n'être que temporaire et il est bon d'entretenir la sécrétion lactée au moyen d'un tire-lait, et d'essayer, au bout de quelques jours, de remettre l'enfant au sein.

A ce moment, si les troubles dyspeptiques reparaissent, il serait bon de donner au nourrisson, avant chaque tétée, une cuillerée à café de la solution suivante :

Bicarbonate de soude.	6	grammes
Sirop simple.....	50	—
Eau distillée.....	250	—

On ne se résignera qu'à la dernière extrémité à mettre le nourrisson à l'allaitement artificiel.

E. Vogt.

Traitement de la dyspepsie intestinale chronique chez les enfants, par Brunton Blaikie (*The Edinb. med. J.*, septembre 1904). — De cette longue étude, nous retiendrons seulement la partie relative au traitement. Il est d'abord assez curieux que l'auteur préconise avant tout le changement d'air et de milieu. Si cette condition n'est pas d'abord remplie, le traitement diététique n'agit pas ou n'a qu'une action insuffisante. Le fait se remarque chez les enfants qu'on reçoit à l'hôpital et dont l'état s'améliore rapidement sans qu'on ait changé de régime. Cependant, ce changement d'air et de milieu ne suffit pas, car l'amélioration persiste bien deux ou trois mois, mais les accidents ne tardent pas à reparaître si l'on n'institue pas d'autre traitement. La deuxième indication à remplir est de régler le régime. Très souvent les hydrates de carbone interviennent dans l'étiologie de la maladie, il est alors essentiel de réduire leur quantité. Jusqu'à ce que les symptômes se soient améliorés, il est sage de ne permettre à l'enfant ni sucre, ni pommes de terre, ni pâtisseries. Les repas doivent être pris à des heures régulières. Dans beaucoup de cas, les malades se trouveront bien du pain de ménage et de potages de farine d'avoine. Le repas du soir doit être très léger et l'enfant doit se coucher de bonne heure. Le régime sera composé de lait, de biscottes, de tartines de pain grillé, d'œufs, de poisson légèrement cuit, de viande blanche ou de boucherie; on peut permettre un peu de beurre, des légumes verts, des fruits mûrs en petite quantité. On doit veiller à assurer les meilleures conditions hygiéniques. L'air pur joue un rôle important. L'enfant ne devra pas fréquenter l'école ; cependant, pendant l'hiver, quand il n'y a pas de jardins dans le voisinage, il vaut mieux que l'enfant aille à l'école que de rester dans une chambre étroite. L'enfant dormira les fenêtres ouvertes, prendra un bain froid très court le matin, suivi d'une friction énergique. Pour éviter la congestion des viscères, on tiendra l'abdomen et les extrémités à la chaleur à l'aide d'une ceinture de flanelle, de bas de laine. On évitera toute cause d'excitation, pas de matinée ni de théâtre, pas de punitions excessives.

Parmi les médicaments, les plus utiles sont les alcalins, bicarbonate ou citrate de potasse, bicarbonate de soude, les toniques amers et les oléo-résines : teinture de noix vomique, gentiane, teinture de myrrhe ou de coto.

S'il existe de la constipation, on donnera une quantité suffisante de rhubarbe, de petites doses ne sont pas laxatives et agissent comme astringent dans les cas de tendance à la diarrhée. L'aloès est utile sous forme de décoction pour relever l'appétit; on donne alors 2 ou 3 grammes de décoction, dose qui n'a pas d'action laxative.

Suivant les cas, on donnera du carbonate de magnésie ou du sous-nitrate de bismuth. Les amers, tels que la gentiane, le quassia, le columbo sont très utiles. L'auteur n'a retiré aucun avantage de la solution d'acide chlorhydrique diluée après les repas. La pepsine paraît avoir parfois une action avantageuse. La poudre de charbon agit comme moyen mécanique pour supprimer la sécrétion muqueuse. Le fer offre une très grande utilité pendant la convalescence.

Lorsque tous les symptômes ont disparu, on peut alors commencer avec prudence l'usage de l'huile de foie de morue ou des sirops d'hypophosphites.

Certains symptômes méritent une attention particulière.

Contre les terreurs nocturnes, l'auteur recommande l'antipyrine ou la phénacétine. La nervosité sera combattue par les bromures. L'arsenic en solution à petites doses est généralement capable d'arrêter la diarrhée lientérique.

Si l'effet échoue, il peut être nécessaire de donner deux ou trois gouttes de laudanum.

Pour combattre l'incontinence nocturne d'urine, il est généralement nécessaire d'enlever les amygdales et les végétations adénoïdes. La belladone peut cependant réussir par elle-même. On la donne à doses croissantes jusqu'à production d'effets physiologiques. La belladone a encore l'avantage d'arrêter les sueurs nocturnes.

Il est indiqué d'opérer dans les cas de végétations adénoïdes et d'amygdales hypertrophiées. Au bout de quelques jours, on voit cesser les terreurs nocturnes, la toux et la respiration bruyante, mais les autres symptômes n'ont pas été améliorés dans les cas où l'opération a été faite.

L. Jumon.

Traitement de l'incontinence d'urine chez les enfants, par J. G. Rey (*Berlin. Klin. Woch.*, 29 août 1904). — Le traitement de l'énurèse nocturne chez les enfants doit être surtout diététique, conformément à l'étiologie. S'il existe une maladie du système nerveux central, de l'infantilisme, de l'athyroïdie, de l'helminthiase, de la posthite, des fissures anales, de la vulvite, du rétrécissement de l'orifice externe de l'urèthre ou toute autre maladie capable de déterminer cette affection, il faut naturellement remplir d'abord cette indication causale. Si les causes énumérées font défaut, il faudra rechercher l'existence d'une uréthrite ou d'une cystite. Dans beaucoup de cas on pourra reconnaître la cause de l'incontinence dans ces dernières affections, et on pourra obtenir une guérison complète ou une amélioration à l'aide d'un régime convenable et d'un traitement par le salol. L'auteur a pu obtenir les meilleurs résultats dans les cas où on n'accordait aux enfants que des soupes ou des crèmes au lait, en supprimant toute autre nourriture, surtout les fruits et les friandises, principalement en dehors des repas. Pour stimuler l'appétit et les fonctions digestives, les enfants prenaient avant les repas une décoction de condurango et de l'acide chlorhydrique, comme traitement, du salol après les repas pour calmer l'irritation de la vessie. Après huit jours, le traitement salolé n'est continué que d'une façon intermittente, surtout lorsqu'il s'est produit une amélioration au point de vue de la fréquence des envies d'uriner, de sorte qu'on donne le médicament pendant trois jours pour le supprimer durant trois ou quatre jours. Dans les cas rebelles, surtout chez les enfants plus grands, on peut ajouter à la poudre de salol de l'extrait de noix vomique. Il est à remarquer que le maintien du régime lacté non seulement n'affaiblit pas les enfants, mais les reconstitue et qu'il faut absolument supprimer tout repas intermédiaire et toute irrégularité. Tout en donnant des bains de courte durée ou en faisant des ablutions pour endurcir les enfants, il faut se garder de tout refroidissement. Les filles et les garçons doivent porter de longs bas, les pieds ne doivent jamais être humides ou froids, un bain de pied quotidien froid et court a, sous ce rapport, une certaine utilité. Les habitations doivent être saines et non humides.

Lorsque l'affection vésicale est guérie et que l'incontinence ne cesse pas d'elle-même, on peut avoir recours aux exhortations ou à la crainte qu'inspirent certains traitements, comme la faradisation, le massage de la prostate, les injections intra-durales, etc., procédés qui réveillent l'énergie et amènent la guérison. Lorsque l'incontinence qui est restée longtemps guérie à l'hôpital récidive au retour de l'enfant dans sa famille, c'est une circonstance qui indique non pas l'existence de l'hystérie, mais la récidive d'un catarrhe de la vessie sous l'influence d'une hygiène et d'un régime défectueux. L'incontinence d'urine chez l'enfant n'est pas un symptôme d'hystérie ou de neurasthénie, mais assez souvent la conséquence de fausses méthodes d'éducation employées d'ailleurs depuis longtemps avant l'intervention du médecin.

D'après 52 cas d'incontinence observés par l'auteur au point de vue de l'état de la vessie et de l'urine et suivis pendant cinq ans, l'affection tient à une maladie de la vessie ou des organes voisins, dans les cas où il n'existe aucune maladie du système nerveux central, aucune des affections signalées plus haut. Dans les dix premiers mois de l'existence, l'incontinence doit être considérée comme normale, lorsqu'elle dure plus longtemps et au-delà de trois ans, il existe une certaine faiblesse de la volonté en dehors des causes d'excitation directe ou indirecte de la vessie. Cette faiblesse de la volonté peut survivre à l'affection vésicale, c'est ce qui explique la guérison subite par la faradisation, l'injection épidurale, etc.

L. Jumon.

Traitement de la coqueluche (*Allg. Wien. med. Ztg.*, 26 juillet 1904). — Itzkowitz a essayé, pour le traitement des coqueluchoux du service du Pr Monti, des vaporisations avec le mélange suivant :

Naphtaline.....	180	grammes
Camphre en poudre...	20	—
Essence d'eucalyptus globulus....	ãã 3	—
Térébenthine.....		

On verse sur ce mélange de l'eau bouillante et on introduit les enfants dans le local où les vapeurs se répandent pendant une heure par jour.

15 enfants presque tous au début de la période des accès, ont été soumis à ce traitement, et on observa une rapide diminution dans le nombre et l'intensité des accès. Les cas légers ont guéri en 3 à 4, les cas graves en 4 à 6 semaines. Les cas sans complications n'ont subi aucune autre médication, en dehors des prescriptions diététiques et hygiéniques usuelles. La bronchite intense et la pneumonie lobulaire ont été soignées par les enveloppements thoraciques et les expectorants. Un cas grave de pneumonie fut traité par la quinine, le salicylate de soude, les bains, etc.; chez tous ces derniers malades, on continua les séances de vaporisation.

L'auteur n'a observé aucune complication ou conséquence fâcheuse attribuable à la médication.

E. Vogt.

Traitement du psoriasis infantile, par Méry (*Journal de médecine interne*, 1er septembre 1904). — Les cas de psoriasis ne sont pas très fréquents chez l'enfant. Le diagnostic peut hésiter entre un eczéma séborrhéique circiné, un psoriasis ou un pityriasis rosé, parfois même un lupus érythémateux généralisé. Comme traitement externe, l'auteur se borne à l'emploi de l'huile de cade, sous cette forme :

Huile de cade.....	15 grammes
Glycérolé d'amidon....	90 —
Extrait fluide de Panama	Q. O.

S'abstenir des acides pyrogallique et chrysophanique.

Comme traitement interne, donner de l'arsenic à dose relativement considérable pour agir, soit la liqueur de Boudin, soit le cacodylate de soude,

On a aussi donné dans le psoriasis l'iodure de potasium à très hautes doses, jusqu'à 15 et 20 grammes chez l'enfant.

L. Jumon.

Pharmacologie

Dr. E. VOGT.

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

Cures hivernales d'altitude (*Deutsche med. Ztg.*, 1er septembre 1904). — Laquer exige de toute bonne station d'altitude une bonne insolation, l'absence de vents violents et la facilité de se livrer aux sports. Les communications aisées qui relient beaucoup de ces stations aux grands centres incitent trop souvent les malades à faire le voyage d'une seule traite : c'est contre cette tendance que le médecin doit surtout réagir. Une fois arrivé, le patient ne doit que graduellement se livrer à des efforts musculaires, surtout en hiver. L'acclimatement exige souvent une semaine : les sports devront être exactement dosés suivant la résistance individuelle, et il ne faut pas compter que chez des neurasthéniques leur effet névrosthénique se produise rapidement. Il est donc préférable de déconseiller le séjour d'altitude en hiver aux malades qui ne peuvent disposer de 3 mois au moins : seuls, les surmenés sans troubles spéciaux du système nerveux pourront se contenter d'un séjour plus court.

L'épuisement à la suite de fatigues sportives est beaucoup moins à craindre en hiver qu'en été : les jours sont plus courts, les intempéries plus fréquentes.

La cure d'altitude ne convient qu'aux maladies fonctionnelles du système nerveux, aux neurasthéniques plus qu'aux hytériques ; les juvéniles, les accidents du début seront tout spécialement améliorés. Les neurasthéniques sexuels, les prégoutteux obèses, les hémorroïdaires jeunes trouveront un rapide soulagement : les basédowiens, sauf les cas graves, peuvent guérir en une saison. Les formes frustes des psychopathies, les accidents chloroanémiques, les malariques à convalescence lente sont aussi justiciables de cette médication.

Les contre-indications sont les suivantes : sénilité, affections cardio-vasculaires, néphrite, épilepsie, affections organiques du système nerveux, névralgies, névroses cardiaques.

En résumé, on enverra dans les hautes montagnes en hiver les malades dont l'organisme possède un fonds de réserve suffisant pour fournir un travail musculaire souvent considérable et une réaction énergique contre des excitations violentes.

E. Vogt.

Indications thérapeutiques des bains hydroélectriques, par Larat, (*Arch. d'électr. médicale*, 25 juillet 1904). — Nous donnons ici un résumé des résultats thérapeutiques jusqu'ici obtenus avec ces bains : la question a fait le sujet d'un rapport technique étendu au Congrès de Grenoble de cette année. L'auteur a condensé une série de renseignements personnels ou fournis par des confrères.

Les névroses : neurasthénie, hystérie, insomnie, sont traitées par la majorité des cor-

respondants au moyen du bain sur courant continu ou ondulé.

Les troubles nutritifs : obésité, rhumatisme subaigu et chronique, goutte, sont unanimement soumis aux courants alternants, sinusoïdaux ou polyphasés, qui se montrent également extrêmement efficaces dans les troubles de la ménopause, dans la dysménorrhée, dans les convalescences.

Libotte a obtenu des résultats excellents dans la cicatrisation des plaies torpides et dans les épanchements pleurétiques chroniques.

Le bain sinusoïdal agit dans l'hyposystolie, quelle qu'en soit la cause initiale, en déterminent presque toujours la diminution des œdèmes et l'exagération de l'excrétion urinaire.

Les doses des courants varient de 15 à 30 mA. pendant quinze à trente minutes.

Les douches électriques sont un tonique énergique et conviennent aux névropathes débilités. L'action de la douche est ici renforcée par l'action propre du courant.

Enfin, les bains électrolytiques, peu usités encore, sont particulièrement appréciés par Ward (de Londres), qui produit du soufre à l'état naissant au moyen de l'électrolyse et signale les résultats remarquables qu'il obtient dans les maladies de peau justiciables de la sulfuration.

Comme contre-indication des bains hydro-électriques, l'auteur ne trouve que les dégénérescences avancées du muscle cardiaque.

E. Vogt.

La radiothérapie : son état actuel (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 14 août 04). — Le Pr Bergonié, à propos de la guérison en huit séances d'un épithélioma ancien, ayant résisté à toutes les médications, fait ressortir qu'il ne faudrait pas croire que tous les résultats soient aussi heureux; il y a des cas graves ou trop avancés, avec cachexie du malade, dans lesquels on n'obtient à peu près rien. Ainsi dans un cas d'*ulcus rodens* de la face ayant détruit complètement l'oreille externe, presque tout le rocher et une partie du pariétal, avec un état général du malade fort mauvais, l'auteur n'a rien obtenu après une vingtaine de séances, et le malade est mort probablement par infection méningitique causée par cette plaie, profonde de quatre centimètres au moins. La réaction inflammatoire, premier effet de bon augure de la radiothérapie, ne s'est même pas produite et les bords de la plaie sont restés pâles et anémiés. L'échec a été complet.

En résumé, il est à peu près certain que l'on tient, dans la radiothérapie, une médication particulièrement efficace pour certaines maladies de la peau et pour à peu près tous les cas d'épithéliomas cutanés. Cette médication, outre son efficacité, a comme principal avantage d'être absolument indolore.

E. Vogt.

La thérapeutique des composés de fer, par Ch. Phillips (*The Edinb. med. J.*, septembre 1904). — Le fer dans ses formes variées n'est pas seulement un médicament, c'est aussi un aliment nécessaire à l'entretien des globules rouges. C'est surtout dans les anémies que le fer est utile, non cependant dans toutes les formes, il donne, par exemple, peu de résultat dans l'anémie pernicieuse. En ce qui concerne la chlorose, l'auteur est convaincu qu'il y a non seulement abaissement du taux de l'hémoglobine, mais très souvent diminution considérable du nombre des globules. Le fer agit en relevant l'un et l'autre. En général les aliments ordinaires contiennent la quantité de fer nécessaire à la nutrition, mais même dans un état normal de santé, il serait nécessaire de donner des préparations assimilables. En tête des aliments contenant une forte proportion de fer, il faut placer les épinards et le jaune d'œuf. Un régime ordinaire donne environ un centigramme de fer par jour, ce qui suffit pour l'entretien de la santé.

Si le fer a une action thérapeutique remarquable dans l'anémie, on doit prolonger son emploi pendant longtemps si l'on ne veut pas voir la maladie récidiver. La chlorose est une maladie intermittente qui peut reparaître à plusieurs années de distance. L'influence du fer sur la production des globules rouges est limitée, et une fois que le chiffre normal des globules est atteint, on ne peut le dépasser. Dans la chlorose l'effet thérapeutique commence d'abord par le relèvement du taux de l'hémoglobine, le nombre des globules augmente ensuite. Il y a enfin diminution du nombre des globules dans la période qui précède les règles.

Les opinions varient sur la valeur des protosels et des persels, ainsi que sur la valeur des préparations organiques et minérales. Certaines préparations dites organiques ne sont que des sels de fer associés à des albuminoïdes et ne diffèrent guère de l'acétate ou du carbonate. D'après l'auteur, les véritables préparations organiques agissent mieux que les préparations minérales. Il ne faut pas considérer le fer comme une panacée, car si on le prescrit sans jugement, on peut déterminer des troubles. Dans les anémies secondaires, comme celles qui résultent de suppurations, diarrhée, allaitement prolongé, grossesses trop fréquentes, rhumatisme, dyspepsies, le traitement doit surtout s'appuyer sur une bonne alimentation, le repos

et l'air pur, mais le fer donné à des doses convenables, de manière à ne pas intéresser l'estomac peut hâter la guérison. Dans d'autres cas, le fer est indispensable, malgré le meilleur régime, c'est ce qui arrive chez les enfants anémiés dont les parents sont atteints d'anémie, de tuberculose, de syphilis ou d'autres maladies consomptives, de même chez les rachitiques et les scrofuleux. Le traitement ferrugineux est le seul remède dans les anémies accompagnées de la diminution du taux d'hémoglobine et d'une diminution peu considérable du nombre des globules. A ce point de vue, l'arsenic et le manganèse n'ont pas de valeur.

Le choix de la préparation dépend de la manière dont le malade réagit sous l'influence du médicament. Il faut que ce dernier ne provoque pas de constipation, ni d'irritation de l'estomac et de l'intestin. L'auteur prescrit souvent de fortes doses de sulfate de fer, soit 0 gr. 30 à 0 gr. 60 après chaque repas. Le perchlorure, plus astringent, est moins efficace et dans beaucoup de cas cause de la céphalée et des malaises. La plupart des préparations minérales ont l'inconvénient d'aggraver la constipation si souvent associée à l'anémie, les préparations organiques n'ont pas ce désagrément.

L'augmentation de la fréquence du pouls n'est pas une contre-indication au traitement ; il n'en est plus de même de l'augmentation de tension. Le fer peut même se prescrire avec avantage dans certaines formes de dyspepsie atonique associées à la débilité. Dans ce cas, il faut choisir surtout des préparations organiques. Il en est de même dans les troubles nerveux qui accompagnent la ménopause lorsqu'il y a des ménorrhagies.

Dans la syphilis, le traitement martial doit être associé au traitement mercuriel lorsqu'il y a anémie.

L. Jumon.

Cocaïne et adrénaline (suprarénine) (*Berliner Klinik*, 1904, p. 187). — Braun fait remarquer que la cocaïne et ses succédanés (il ne parle pas de la stovaïne) provoquent une intoxication locale qui est d'autant plus intense que la résorption est plus lente : on doit en conséquence chercher à éviter la résorption rapide de l'anesthésique, et on y est parvenu par la méthode de Schleich, l'application de ligatures, l'action réfrigérante du chlorure de méthyle, etc. Mais l'adrénaline surpasse tous ces moyens par son action vaso-constrictive intense, même à doses infinitésimales.

Au cours d'expériences faites sur lui-même, l'auteur a reconnu que l'injection sous-cutanée d'une demi-seringue de Pravaz de la solution d'adrénaline au millième provoque de l'oppression, de la tachycardie et des palpitations ; on peut, en revanche, injecter une dose double sans provoquer aucun accident, si l'on ajoute à la solution dix volumes de solution chlorurée sodique physiologique.

En petite chirurgie, on ne doit utiliser que des doses minimes, 3 à 5 gouttes par exemple, à la solution de cocaïne qu'on évitera d'employer trop concentrée : dans ces conditions, on n'observera pas d'hémorragies consécutives.

En injections intra-vésicales, le mélange d'adrénaline-cocaïne se fera aux doses suivantes : solution de cocaïne à 0,1 0/0, additionnée de 1 cc. d'adrénaline pour 1.000 grammes. Dans ces conditions, on obtient une anesthésie rapide et absolument complète.

Pour l'anesthésie lombaire, il est préférable d'injecter d'abord l'adrénaline (1 cc. d'une solution à 1 : 2.000), et ensuite une dose de cocaïne de 0 gr. 75 à 0 gr. 15. Les opérations les plus importantes peuvent être exécutées, grâce à l'anesthésie profonde produite par ce mélange.

E. Vogt.

Sur un nouveau produit mercuriel, le levurargyre, par Jullien (*La Presse médicale*, 10 août 1904). — Il s'agit d'un nucléoprotéide mercuriel extrait de levures de bière accoutumées à végéter dans un moût additionné de bichlorure de mercure. Ce dernier est dissimulé dans la préparation ; il s'y trouve en proportion de beaucoup inférieure à celle que l'on rencontre dans les autres composés mercuriels employés en médecine.

Le traitement consiste à injecter tous les matins 2 cm. d'une solution au centième de levurargyre : la solution est bien tolérée, presque totalement indolore et ne laisse aucune trace. Le produit agit bien sur les accidents spécifiques cutanés et muqueux, et l'état général viscéral, mesuré au début de l'infection par les dimensions de la rate et le poids du corps, ne tarde guère à s'améliorer. Ce rehaussement de la nutrition semble dû aux propriétés reconstituantes communes à toutes les nucléides, composés riches en phosphore et en bases azotées organiques.

E. Vogt.

La Marétine (*Berl. Klin. Wochenschrift*, n° 23, 1904. — Barjansky a fait, à la clinique du Pr Senator, des recherches concernant ce produit qu'on peut considérer comme une antifébrine à toxicité diminuée. C'est une acétani-

cide méthylée, dans laquelle le groupe acétyl a été remplacé par le groupe NH. NH. $CONH_2$. Chimiquement, la marétine est la métalyhydrazide de l'acide carbominique; elle se présente sous forme de cristaux blancs, brillants, insipides, solubles dans l'eau, à la température de la chambre, dans la proportion de 0,1 0/0. A 15°C., elle est soluble dans l'alcool dans les proportions de 1 : 95. Les essais faits sur les animaux ont montré que ce produit n'est pas toxique : chez l'homme il ne produit aucun trouble digestif, cardiaque ou pumonaire, et apparaît dans les urines 1/2 heure après l'ingestion : l'élimination dure une semaine environ.

L'action antifébrile commence 3/4 d'heure après l'ingestion : lente au début, elle dure de 15 à 24 heures. Chez les phtisiques, on commencera par des doses de 0 gr. 20 pour arriver à 0 gr. 50.

Le produit a été essayé chez 10 malades divers : les doses les plus avantageuses sont celles de 0 gr. 25 (2 par jour), et on recommandera toujours l'ingestion consécutive de liquides.

L'auteur n'a jamais observé de cyanose, d'exanthèmes, etc ; dans un seul cas, il y eut tendance passagère à la syncope et parfois des transpirations. On n'observe pas d'effets cumulatifs.

E. Vogt.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Sur la désinfection à domicile (*Soc. méd. du 5e arrondissement*, 14 juin 1904). — Le Dr Wirbel signale plusieurs cas de scarlatine qui se sont produits dans la même maison, malgré la désinfection faite par les soins de la Préfecture de Police. Il estime que la désinfection officielle est tout à fait insuffisante, qu'elle ne présente qu'une fausse sécurité et peut même dans certains cas devenir vexatoire. Il voudrait que le médecin fût seule juge du procédé et de l'opportunité de la désinfection.

Le Dr Darbois signale des expériences de désinfection par le sublimé, l'acide sulfureux, l'aldéhyde formique et l'eau oxygénée faite dans la salle d'opérations de l'hôpital Cochin. Le sublimé donna de très bons résultats ; ceux de l'acide sulfureux et de l'aldéhyde formique furent meilleurs, sans valoir cependant ceux obtenus par l'eau oxygénée. On constata, d'autre part, que les résultats restaient subordonnés à l'état hygrométrique.

Le Dr Durand fait les plus grandes réserves au sujet de la désinfection à domicile, quel que soit d'ailleurs le procédé employé, car la désinfection, pour être parfaite, exigera toujours un gros sacrifice des tentures et des meubles auquel se soumettront bien difficilement les intéressés.

Le Dr Coupin, appuyant la plainte du Dr Wirbel, pense, en effet, que la désinfection à domicile laisse pour le moment beaucoup trop à désirer et émet le vœu suivant : « La Société « médicale du Panthéon, considérant que la « désinfection, telle qu'elle est faite actuelle- « ment par l'Administration est insuffisante, « émet le vœu que cette désinfection soit faite « d'une façon plus sérieuse et plus complète « par des procédés perfectionnés. »

Ce vœu est adopté à l'unanimité.

Les blessures de la guerre russo-japonaise. — Les chirurgiens s'accordent, depuis que l'on fait usage des fusils à petit calibre, pour éviter d'intervenir autant que possible sur le champ de bataille, en appliquant un pansement antiseptique provisoire dont chaque soldat est porteur. L'*Echo de Paris* publie une correspondance de Chéfou qui donne d'intéressants renseignements sur les résultats de cette méthode mise en pratique par les Japonais :

« Un médecin américain qui sort des lignes japonaises dit que la méthode des Japonais, qui consiste à ne pas traiter les blessures sur le champ de bataille et à se borner à les envelopper d'un bandage sommaire antiseptique et dans tous les cas où il n'y a pas d'hémorragie abondante, donne d'excellents résultats. Le traitement de la blessure se fait ensuite dans les hôpitaux au Japon. De nombreux blessés par les balles arrivent même au Japon presque guéris. Sur 2.000 blessés ramenés au Japon dans un seul bâtiment, il n'y a pas eu un seul décès. En fait, sur 100 blessés qui rentrent au Japon avec un pansement sommaire antiseptique, on compte en moyenne 3 décès. On peut donc dire que tout soldat japonais qui n'est que blessé a de grandes chances de se remettre et de reprendre son service. Cela tient dans une large mesure aux habitudes de modération, à la sobriété du Japo-

nais, à son alimentation simple et saine, dans laquelle dominent le riz et le poisson et où la viande n'intervient qu'à l'occasion. Néanmoins, les blessés russes faits prisonniers, traités par le système japonais, fournissent un pourcentage de guérisons presque égal. La vitesse extraordinaire des petits projectiles modernes est la cause d'une nouvelle complication dans les blessures, c'est l'anévrisme. Le major a assisté à 27 opérations pour anévrisme traumatique. »

Les eaux alimentaires à New-York.—*L'Echo de Paris* a publié les renseignements suivants sur les eaux alimentaires de New-York. La grande cité américaine a actuellement 4 à 5 fois plus d'eau par habitant que Paris. La consommation parisienne n'est en moyenne que de 300.000 mètres cubes par jour 350.000 pendant les grandes chaleurs, tandis que la consommation de New-York dépasse 1.500.000 mètres. La population de New-York, qui était de 3.400.000 habitants au dernier recencement, sera, croit-on, de 4.000.000 en 1910, et de 6.200.000 en 1920. L'eau, qui est en grande partie celle de la rivière Croton, est d'ailleurs de mauvaise qualité. Il faudrait qu'elle fût entièrement filtrée. Une commission spéciale, nommée l'an dernier, a donc décidé d'augmenter de 1.900.000 mètres cubes par jour, au moyen des affluents de l'Hudson, l'eau mise à la disposition de la ville. On aurait, vers 1920, une moyenne d'environ 750 litres par habitant. Les réservoirs parisiens peuvent contenir 600.000 mètres cubes. Les réservoirs de New-York peuvent contenir 12.000.000 de mètres; et ils seront portés à 20.000.000 de mètres. Enfin les réservoirs sur le Croton et l'Hudson dépasseront 640 millions de mètres cubes..

BIBLIOGRAPHIE

Clinique chirurgicale, par A. Le Dentu, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine. 1 vol. gr. in-8 de 664 pages, avec figures : 15 fr. (Librairie J.-B. Baillère et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

L'enseignement clinique familier de tous les jours, au lit du malade, est considéré, avec raison, comme le plus utile ; il est complété par l'enseignement oral, par la leçon. Celle-ci a aussi son utilité. Consacrée à l'analyse d'un cas, à la discussion du diagnostic, à la recherche des indications thérapeutiques, elle fait passer l'élève par le chemin où le maître a dû passer pour arriver à formuler nettement son opinion. Elle l'habitue à appesantir sa pensée sur la série des questions, des constatations matérielles et des réflexions rapides dont l'ensemble constitue un examen de malade et doit aboutir à une conclusion déterminée. Elle lui fournit la méthode nécessaire pour aborder de multiples difficultés et se garer des erreurs où son inexpérience l'expose à tomber presque à chaque pas.

Il faut savoir au gré au Pr Le Dentu — après le travail considérable que lui avait donné la direction de son grand *Traité de chirurgie et clinique opératoire*, actuellement l'ouvrage le plus complet et le plus moderne, — de nous donner encore aujourd'hui une *Clinique chirurgicale* où la note personnelle de son expérience et de sagacité se révèle une fois de plus.

Ses leçons se succèdent dans un ordre méthodique conforme à l'ordre traditionnel qui préside à la répartition des matières dans les traités didactiques. Parmi toutes celles qu'il a faites pendant ces dernières années, il a choisi celles qui se distinguent par certaines considérations personnelles auxquelles il attribue une importance particulière ou par un fait nouveau plus ou moins digne d'attirer l'attention. Voici un aperçu des sujets passés en revue :

L'évolution de la chirurgie contemporaine, anesthésie générale; le choc traumatique : la chirurgie actuelle et les contre-indications ; traitement, tumeurs malignes, traitement des fractures ; kystes hydatiques des os ; hypertrophie diffuse des os de la face et du crâne ; luxations coxo-fémorales ; ruptures musculaires ; myosites infectieuses; synovites tendineuses syphilitiques ; traitement des anévrysmes par les ligatures périphériques ; étiologie et pathogène des varices ; phlébites variqueuses ; plaies

pénétrantes du crâne par armes à feu ; parotidites d'origine génitale chez la femme ; pathogénie et traitement de la grenouillette ; lithiase salivaire ; épithélioma leucoplastique de la langue et de la bouche ; amputation de la langue ; goitres simples et cancéreux, faux goitres abcès froids de la paroi thoracique ; épiploïtes consécutives à la cure radicale des hernies : traitement des fistules stercorales et des anus contre nature ; antéroanastomose et exclusion de l'intestin ; lithiase et inflammation de la vésicule biliaire ; sarcomes du vagin dans l'enfance ; traitement des rétrodéviations utérines ; traitement des fibromes utérins ; formes exceptionnelles des tumeurs malignes de l'utérus ; des propagations prochaines et éloignées du cancer utérin ; inflammation des annexes de l'utérus, suppurations pelviennes ; épithélioma kystique secondaire de l'ovaire ; tuberculose génitale de la femme.

Biologie générale des bactéries. Petit in-8. (*Encyclopédie scientifique des Aide-mémoire*), par Bodin (E.), Professeur de Bactériologie à l'Université de Rennes. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris. Broché, 2 fr. 50. Cartonné, 3 francs.

Ce petit livre pourrait être intitulé : Introduction à l'étude de la Bactériologie. L'auteur y expose, en effet, d'une façon aussi claire et aussi concise que possible, les principales notions générales sans lesquelles l'étude des espèces bactériennes pathogènes ou autres ne saurait être fructueuse.

Il s'adresse à ceux qui s'occupent des sciences médicales et à tous ceux qui sont curieux des multiples phénomènes physico-chimiques relevant des infiniment petits.

L'auteur, résumant en ce premier volume une partie du cours de Bactériologie qu'il professe à l'Université de Rennes, envisage la biologie générale des bactéries ; c'est-à-dire d'abord leur anatomie, leur division en familles, leur polymorphisme ; puis leur physiologie et surtout le mécanisme de leur nutrition qui donne la clef de phénomènes très importants comme les fermentations.

Ensuite, vient un examen rapide de la manière dont les bactéries se comportent vis-à-vis des agents physiques ou chimiques, ce qui conduit aux règles fondamentales de l'antisepsie et de la désinfection.

De l'énucléation des fibromes utérins, par Th. Tuffier, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirugien de l'hôpital Beaujon, n° 38 de l'*Œuvre médico-chirurgical* (Dr Criztman, directeur). Une brochure gr. in-8°, avec 21 figures dans le texte (Masson et Cie, éditeurs), 1 fr. 25.

Le traitement des fibromes utérins constitue un gros problème de la thérapeutique gynécologique. Alors que l'hystérectomie totale ou subtotale réunissait l'unanimité des chirurgiens pour combattre les manifestations morbides des fibromes de l'utérus ; l'énucléation, intervention conservatrice par excellence, fut pour ainsi dire reléguée au second plan. Cependant les travaux et l'expérience du Pr Tuffier démontrent que si l'hystérectomie abdominale pour fibrome doit être l'opération de nécessité, l'énucléation constitue l'opération de choix. Le grand mérite de Tuffier est donc d'avoir remonté le courant puissant qui entraîne la plupart des chirurgiens vers l'hystérectomie totale, et d'avoir imposé la conservation, si importante au point de vue de l'avenir de l'opérée de l'utérus et de ses annexes. Cette monographie de l'Œuvre médico-chirurgiéal, donne, en quelques pages d'une concision merveilleuse, les indications, le manuel opératoire, les résultats immédiats ei éloignés de cette intervention. A la clarté du texte, l'auteur a ajouté de nombreuses figures, dont la simple inspection fait rapidement saisir les différents temps opératoires. Le lecteur sera rapidement convaincu que dans le traitement des fibromes il y a des cas où l'on doit énucléer et des cas où l'énucléation et l'hystérectomie étant également possibles, il faut toujours préparer l'énucléation.

Nlle Imprimerie. E. Lasnier, directeur. 35, 37, rue St-Lazare. Paris *Le Propriétaire-Gérant* : E. BLONDEL

TRAVAUX ORIGINAUX

SUR LE TRAITEMENT DES NÉPHRITES

Par le Dr Jumon.

Les données nouvelles sur le rôle de la rétention des chlorures et sa relation avec les œdèmes ont permis de préciser certains points de la thérapeutique du mal de Bright. Que le chlorure de sodium soit particulièrement nocif pour le brightique, qu'il contribue même à certaines manifestations considérées comme de nature urémique, c'est ce qu'ont démontré très suffisamment les nombreuses communications faites sur la déchloruration. Cependant, il serait évidemment excessif de voir dans la rétention des chlorures seule la cause des accidents multiples qui relèvent de l'insuffisance rénale, et tout le traitement du mal de Bright ne consiste pas seulement dans la suppression relative ou complète du sel; quelque bienfait qu'il en résulte pour le malade, il y a plus à faire pour achever, si possible, l'œuvre thérapeutique commencée.

Le danger de la diminution de la fonction rénale réside précisément dans la rétention de tous les éléments de l'urine, de l'eau et des substances qu'elle contient en dissolution. Cette rétention portant sur ces éléments est la cause des phénomènes graves observés chez les brightiques : de l'urémie et de l'hydropisie. La physiologie pathologique des œdèmes doit précisément aux recherches actuelles d'avoir fait un pas considérable. Dès lors, le problème thérapeutique va consister à connaître par quels procédés on va pouvoir agir sur cette rétention.

Quelque simple que paraissent cependant les données du problème, nous sommes encore loin de sa solution, parce que nous en ignorons certains éléments. Nous ne savons pas, par exemple, comment se comporte chacune des substances de l'urine au point de vue de la rétention, nous ignorons aussi le rôle que joue chacune de ces substances retenues sur le syndrome clinique. Cependant, on doit aux élèves de Koranyi des recherches systématiques sur les échanges dans les cas de néphrites diffuses bilatérales pour déterminer le degré de rétention ou d'élimination des déchets azotés, du chlorure de sodium, des phosphates et de l'eau, et l'importance qui revient à ces substances lorsqu'elles s'accumulent dans l'organisme. Ce dernier point est moins élucidé. On sait

seulement que la rétention des déchets azotés joue très probablement un rôle dans la production des phénomènes urémiques, que la rétention des chlorures et de l'eau est la cause des œdèmes. Une méthode qui peut donner de très utiles renseignements sur les phénomènes de rétention et d'élimination est l'étude faite par Koranyi de la cryoscopie de l'urine et du sang. Connaissant la quantité des urines de vingt-quatre-heures, on peut, par la cryoscopie de l'urine, mesurer la quantité totale des substances dissoutes éliminées par l'urine, ce qui permet de reconnaître quelle influence peuvent avoir sur la fonction éliminatrice des reins le régime et nos moyens thérapeutiques. D'autre part, la cryoscopie du sang peut renseigner sur la rétention des substances urinaires.

Enfin, les pesées fournissent des renseignements précieux sur la rétention de l'eau. Tous ces moyens de contrôle, aidés de l'observation clinique, servent à guider le thérapeute dans le choix des moyens de traitement à employer contre l'insuffisance rénale.

Dans une affection où le danger principal résulte de la rétention des déchets de la nutrition, le régime acquiert naturellement une importance capitale. Pour ménager le tissu rénal dans son travail d'élimination, il faudra imposer le régime susceptible de donner lieu à un minimum de déchets. afin de faire travailler le moins possible les cellules du rein. Les plus nuisibles parmi ces déchets sont évidemment ceux qui proviennent de la désintégration des matières albuminoïdes et dont le type est l'urée. Aussi, depuis longtemps, a-t-on cherché à restreindre au minimum l'apport des aliments albuminoïdes. Dans un cas donné, il faudrait resteindre les albuminoïdes à une quantité telle que leurs produits de destruction ne dépassent pas dans leur quantité le pouvoir éliminateur des reins. D'autre part, il ne faudrait pas laisser tomber ce minimum au-dessous des besoins de l'organisme, on exposerait alors ce malade au danger de l'inanition.

Si l'alimentation riche en albuminoïdes ne tarde pas à provoquer des accidents, et notamment des hydropisies chez le brightique, cela ne tient pas seulement à ce que le régime azoté est riche en sel. Il se peut fort bien que les reins de certains malades opposent une résistance particulière à laisser passer le chlorure de sodium absorbé, ceux-là se trouveront bien du régime déchloruré, quelle que soit l'origine des albuminoïdes nécessaires à sa ration d'entretien. Il n'en est pas moins vrai que le plus souvent le régime azoté, qui est ici synonyme de carné, est nuisible en raison de la quantité des déchets azotés auxquels il donne lieu, et, sans doute aussi, en raison de sa richesse relative en sels. D'après les observations de Kowasi et de Roth-Schulz, un régime trop riche en albuminoïdes a eu pour résultats d'amener chez les malades des œdèmes qui n'existaient pas, d'augmenter l'albuminurie, de diminuer la quantité des urines dont l'analyse montrait la rétention des chlorures, de l'azote et de l'acide phosphorique.

Ce qui se passe pour le chlorure semble aussi être exact pour l'urée. Dans une dernière communication sur l'action comparée des régimes carné et amylacé, M. Achard montre que le régime amylacé mieux supporté et facile à varier augmente la quantité des urines et permet même une meilleure élimination des chlorures. C'est ainsi que chez un malade atteint d'insuffisance aortique avec œdème, le régime amylacé renfermant seulement 9 grammes d'azote donna lieu à une diurèse de 2.430 grammes, tandis que l'urine s'abaissa à 1.380 grammes avec un régime carné contenant 22 grammes d'azote. L'élimination chlorurique fut de 6 gr. 50 avec le premier régime et de 4 gr. 20 avec le régime carné. Dans un cas de néphrite interstitielle, on constata des différences absolument analogues. En outre, le régime carné qui contenait 12 grammes d'azote correspondant à 24 grammes d'urée, s'accompagna d'une rétention d'urée, car l'urine n'en éliminait que 13 grammes par jour. Avec le régime amylacé, au contaire, qui ne renfermait que 2 grammes d'azote équivalent à 4 grammes d'urée, non seulement il n'y eut

pas de rétention, mais il y eut une véritable débâcle azoturique avec élimination de 20 grammes d'urée. Il semble donc bien que le régime carné exerce une influence défavorable par lui-même sur la fonction éliminatrice des reins, et la richesse de la viande en albuminoïdes ne paraît pas étrangère à cette influence. De là, la nécessité d'adapter la ration d'albumine à l'état fonctionnel du rein malade, tout en garantissant à l'organisme une quantité d'albuminoïdes suffisante pour son entretien. On ne peut tomber au-dessous d'une certaine limite pour la quantité d'albuminoïdes à permettre sous peine de voir se rompre l'équilibre azoté et de détruire l'albumine des tissus. On sait déjà par des expériences physiologiques sur la nutrition que le chiffre d'albuminoïdes indiqué autrefois pour la ration d'entretien était trop élevé. Voit lui-même donne aujourd'hui le chiffre de 85 grammes comme minimum, on pourrait même descendre au-dessous, jusqu'à 40 grammes, sans danger de destruction de l'albumine des tissus, à condition de couvrir les dépenses en calories par un régime ternaire suffisant. Il n'en règne pas moins une incertitude au sujet de la quantité d'albuminoïdes à permettre à un brightique.

Quant à la quantité maxima d'azote que les reins malades peuvent éliminer, nous ne pouvons la connaître ni par la nature de la maladie, ni par les symptômes cliniques, au moins d'une façon un peu précise. Il s'agit d'une valeur qui varie non seulement d'un malade à l'autre, mais chez le même malade, suivant le moment de l'observation ou les circonstances de la maladie. Dans un certain nombre de cas de rein granuleux, v. Noorden a trouvé que la quantité d'azote éliminé variait de 11 à 16 grammes. Mais ces chiffres ne représentent nullement la limite du pouvoir excréteur des reins. Kovesi et Roth-Schulz ont observé longtemps un malade atteint de sclérose rénale bien compensée et urinant convenablement, chez lequel l'albumine ingérée ne dépassait pas une quantité répondant à 11 grammes d'azote, et cependant il y avait toujours rétention d'azote. Les valeurs limites sont encore plus difficiles à fixer dans la néphrite parenchymateuse ; ici la fonction éliminatrice pour l'azote est bien plus abaissée que pour la sclérose rénale. Dans les cas graves avec oligurie ou anurie, il semble impossible de combattre la rétention sans compromettre l'équilibre de l'albumine des tissus. Ce qui paraît certain, c'est que l'élimination de l'azote ne semble pas toujours en rapport avec la gravité des symptômes, surtout en ce qui concerne les œdèmes. Aussi les auteurs cités croient qu'il n'y a qu'un moyen de connaître d'une façon exacte la quantité d'albumine à permettre à chaque malade, c'est de vérifier la perméabilité rénale en ce qui concerne l'azote : on soumet le malade à un régime d'entretien dont la teneur en albuminoïdes est connue et l'on détermine la quantité d'azote rendue par les urines. Pour les malades atteints de néphrite parenchymateuse chronique, c'est la seule manière de déterminer un régime, tenant compte à la fois de la fonction du rein et des besoins de l'organisme. Le cas offre quelque analogie avec celui du diabétique dont le régime est réglé sur le degré de la glycosurie; chez le brightique, c'est le degré d'insuffisance rénale pour l'élimination de l'azote qui sert de mesure, mais seulement de mesure relative. En effet, l'élimination des déchets azotés n'est qu'un élément d'appréciation de la dépuration rénale. A côté de l'urée, il y a les sels et surtout le chlorure de sodium, dont l'importance vient d'être reconnue d'une façon éclatante et inattendue. Il semblait antérieurement qu'on n'eût pas à tenir compte de l'intervention du sel dans le régine, parce qu'on supposait que les reins étaient toujours perméables à l'égard de cette substance. La rétention des chlorures a détruit cette idée. Nous savons aujourd'hui par quel mécanisme osmotique cette rétention entraîne les hydropisies auxquelles contribuent encore, comme l'a fait remarquer Koranyi, la diminution de l'exhalation de vapeur d'eau par les poumons et par la peau. L'ingestion plus abondante d'eau sous l'influence de la soif, loin de diminuer les

œdèmes, contribue encore à les augmenter; cette eau passe dans les tissus, attirée par le chlorure de sodium non éliminé.

C'est donc surtout chez les hydropiques qu'on surveillera l'ingestion des chlorures. Il est d'ailleurs plus facile de combattre la rétention des chlorures que celle des déchets azotés. On peut, en effet, supprimer sans dommage pour l'organisme le chlorure ajouté aux aliments, ceux-ci en contiennent toujours une quantité suffisante pour les besoins de l'organisme; on ne peut, par contre, abaisser l'ingestion des albuminoïdes au-dessous d'une certaine limite, parce que les besoins de l'organisme en azote ne seraient plus satisfaits. Il sera donc toujours facile d'instituer, au grand avantage du malade, une diète plus ou moins déchlorurée, suivant les indications. Si la pesée fournit des données sur la quantité maxima de sel à ajouter aux aliments, on peut aussi se guider d'après la diurèse qui indique à peu près l'état fonctionnel des reins pour l'élimination des chlorures. En effet, la plupart des brightiques éliminent 0 gr. 50 de chlorure pour 100 cc. d'urine; on pourra donc permettre aux malades une quantité maxima de 0 gr. 50 de sel par 100 grammes d'urine rendue; si le malade urine 1.200 grammes, on pourra lui permettre jusqu'à 6 grammes de chlorure.

Dans le régime des sujets atteints de néphrite chronique, le régime lacté et l'eau ont une importance considérable et il est intéressant de les étudier au point de vue de leur influence sur la fonction rénale. Et d'abord la quantité absorbée par le malade doit être envisagée au point de vue de la diurèse, de l'élimination des substances urinaires et des œdèmes. L'indication la plus anciennement reconnue est que par les boissons plus ou moins abondantes, il faut soumettre le rein à un lavage. Il faut en tout cas que le malade boive une certaine quantité de liquide à déterminer, car sous l'influence de la privation relative de boisson, son rein a perdu la faculté de donner une urine concentrée, précisément parce qu'il laisse passer moins facilement les substances dissoutes, surtout quand elles se trouvent en un état de forte concentration. Mais, d'autre part, il doit se garder d'ingérer du liquide en excès. La plupart des sujets atteints de néphrite, disent Kovesi et Roth-Schulz, ont perdu la faculté d'émettre une urine très diluée relativement au sang; exception est faite pour les cas complètement compensés de sclérose rénale; si alors les malades prennent une quantité d'eau supérieure à la puissance sécrétoire du rein vis-à-vis de l'eau, ainsi que l'a fait remarquer Koranyi, l'eau en excès est retenue dans l'organisme et contribue à l'hydrémie et aux œdèmes. Pour le démontrer, les auteurs, dans un cas de néphrite subaiguë avec œdèmes étendus, donnent au malade, soumis à un régime convenable et maintenu constant, 1.800 cc. d'eau minérale indifférente en dehors des 2.200 cc. de liquide prit sous forme de lait et de soupe. Or, cette augmentation de la quantité d'eau ingérée n'a modifié en rien la quantité et la composition des urines. La rétention de l'azote a augmenté peu à peu sans être influencée par l'ingestion d'un excès d'eau. La rétention du chlorure a été presque toujours la même. Il n'y a que la rétention des phosphates qui a diminué pendant cette période, mais cela peut tenir à ce que l'excrétion s'est faite par les urines au lieu de se faire par l'intestin. Malgré l'ingestion de liquide, la quantité d'eau urinaire n'a pas beaucoup varié et l'organisme a gardé à peu près toute l'eau en excès. La constance du degré cryoscopique de l'urine a montré que la fonction rénale est restée indifférente à l'hydrémie produite et les substances urinaires n'ont pas été excrétées en plus grande quantité. Enfin, l'ingestion aqueuse n'a eu aucune influence sur la quantité d'albumine rendue. Par contre, cette ingestion a nettement fait augmenter le poids corporel, signe certain de la rétention aqueuse, en même temps qu'on constatait l'augmentation rapide des œdèmes.

Ainsi donc, l'ingestion de liquide en excès chez les néphritiques hydropiques, non seulement ne peut augmenter l'élimination des substances dissoutes dans l'urine, mais elle accroît la rétention de l'eau et amène ainsi l'augmentation de l'hydrémie et de l'hydropisie.

Cet exemple montre que l'on doit surveiller l'ingestion des boissons chez les malades qui ont perdu la faculté d'émettre une urine aqueuse et diluée et les restreindre dans la mesure où cette fonction est affaiblie. Il est inutile de chercher à laver le rein pour éliminer les substances urinaires en faisant prendre beaucoup d'eau. Cette eau en excès s'accumule dans les tissus et ne peut remplir la fonction qu'on lui demande, en outre, on obtient une aggravation de la maladie en portant atteinte au cœur dont l'état a tant d'influence sur la marche de l'affection. Au contraire, il ne faut pas craindre de restreindre la quantité des boissons, et la soif qu'éprouvent les malades nous gardera contre toute exagération. On se guidera encore sur la quantité des urines rendues, ainsi que sur le poids du corps. Il suffira d'ajouter la moitié de son volume à la quantité des urines pour savoir à peu près la quantité que le malade doit ingérer sans être exposé à la rétention de l'eau. Si donc le malade urine un litre d'eau, il pourra boire un litre et demi; bien entendu, on surveillera de près la marche de la maladie.

Cette restriction des boissons s'applique aux brightiques atteints d'hydropisie, mais dans les cas compensés, alors que le rein élimine bien l'eau, le lavage des reins pour éliminer les cendres urinaires peut reprendre tous ses droits, bien que l'indication n'en paraisse pas très urgente si l'on considère que les malades de cette catégorie urinent largement. D'après Kovesi et Roth, l'ingestion des boissons dans ce cas n'aurait même pas l'utilité d'augmenter l'élimination des déchets urinaires. Ils ne sont pas parvenus dans la néphrite interstitielle compensée à modifier la rétention des produits azotés par l'ingestion des boissons et il n'y a aucun effet favorable à attendre à ce point de vue de l'ingestion de l'eau dans la néphrite interstitielle bien compensée avec maintien de l'excrétion aqueuse. On peut même nuire au malade en surmenant son rein, en compromettant l'élimination aqueuse et, comme conséquence, en amenant les œdèmes. Comme le font remarquer ces auteurs, v. Noorden était arrivé au point de vue clinique à la même conclusion, car il avait remarqué que l'ingestion en excès de liquide sous forme d'eaux minérales ou de lait peut compromettre la santé d'un malade atteint de sclérose rénale et qui se trouve encore dans un état de bien-être relatif. Les liquides en excès remplissent le système vasculaire, imposent un surcroît de travail au cœur et modifient défavorablement le cours de la maladie. Comme chez les cardiaques, il faut restreindre l'ingestion aqueuse dans la sclérose du rein et cette prescription a souvent donné ici d'heureux résultats.

Dans le régime du brightique, le lait joue un rôle considérable. On lui a reconnu, entre autres qualités, de constituer pour les malades au repos une alimentation suffisante, d'être un aliment n'entraînant pas de conséquences toxiques, d'être un diurétique particulièrement adapté à l'état du rein et dépourvu de toxicité. Pendant une certaine époque, le lait a joui dans le traitement des néphrites d'une faveur sans égale. Depuis quelques années, le lait a perdu un peu de son ancienne faveur, mais on doit le dire surtout à titre de régime exclusif. Dernièrement on a expliqué son action remarquable sur les œdèmes et la diurèse par sa pauvreté en chlorure de sodium; le régime lacté est un régime déchloruré. On a cependant adressé au régime lacté exclusif des objections assez graves. Dans la pratique, on ne peut le soutenir longtemps, il amène bientôt la satiété, parfois des troubles gastriques par suite de l'ingestion abondante de liquide. Théori-

quement, si un individu du poids de 70 kilogr., soumis au repos, veut suffire à ses dépenses en calories par le régime lacté exclusif, il devra consommer par jour au moins quatre litres de lait. Or, il est des cas de néphrite diffuse pour lesquels l'absorption d'une telle quantité de liquide conduira au danger de la rétention aqueuse et de l'hydropisie. En outre, quatre litres de lait donnent comme quantité de matières albuminoïdes 21 grammes d'azote que des reins malades seront parfois dans l'impossibilité d'excréter. Dans ces conditions, le régime lacté exclusif sera forcément insuffisant si l'on veut rester au-dessous de cette proportion d'azote, ou bien il faudra s'attendre à voir survenir des phénomènes de rétention. Le régime lacté employé seul ne répond plus aux exigences de la nutrition chez un malade atteint de lésions rénales. Il est impossible par lui seul de régler le régime en albuminoïdes, graisses, hydrates de carbone et eau, pour l'adapter à chaque cas particulier. La difficulté, au contraire, se résout parfaitement en combinant avec le régime lacté le régime végétal et dans une faible mesure le régime carné, tout en ayant soin de toujours écarter de l'alimentation les aliments qui peuvent être nocifs pour le rein. Ce régime devra toujours être constitué de telle sorte que les reins puissent complètement éliminer les déchets azotés qui en résultent, les sels et l'eau qu'il contient. Pour arriver à un régime suffisant d'entretien, il faut vérifier l'état de la fonction rénale en ce qui concerne son pouvoir d'élimination pour l'azote, les sels et l'eau. Le problème de l'alimentation est soluble dans les cas moyens de néphrite chronique, dans ceux où la compensation est établie, mais les difficultés sont extrêmes lorsque les lésions rénales sont telles que l'on ne peut arriver à un régime suffisant sans menacer le rein.

Si un régime bien conçu peut faire disparaître la rétention des chlorures, de l'eau et même des déchets azotés, on peut, d'autre part, recourir aux diurétiques pour combattre cette rétention. Mais on ne réussira bien dans cette voie que si le rein a conservé en partie ses fonctions. Bright et Bartels avaient déjà remarqué l'insuffisance des diurétiques dans les maladies graves des reins. Il s'agit en réalité de médicaments qui stimulent les éléments sécréteurs des reins et si ces éléments sont sérieusement atteints, la stimulation ne produit aucun effet ou seulement un effet très éphémère. Mais pratiquement, on peut y recourir avec ménagement, car on ignore dans un cas donné si les éléments sécréteurs sont seulement en état temporaire d'insuffisance fonctionnelle et si cette fonction se trouve simplement engourdie. Mais, dans ces cas, la diurèse est susceptible de se réveiller spontanément sous la seule influence du régime. D'un autre côté, les meilleurs effets sont obtenus par les diurétiques dans les cas où la rétention de l'eau et des chlorures est plutôt due à l'insuffisance cardiaque qu'à l'affaiblissement de la fonction rénale. C'est ce qui explique l'action des préparations de digitale remarquée depuis longtemps dans les néphrites chroniques où il y a rupture de la compensation cardiaque. Mais les diurétiques vrais s'adressent directement aux cellules sécrétantes du rein, et cette stimulation ne va pas toujours sans une certaine irritation qu'on doit éviter autant que possible; on choisira donc les diurétiques les moins irritants. On peut se demander quel est l'effet des diurétiques sur l'eau et sur les sels, car dans le traitement des néphrites il faudra demander à cette classe de médicaments une action éliminatrice sur l'eau et les sels de rétention. Kovesi et Roth-Schulz ont cherché à déterminer cette double action des diurétiques d'abord chez l'individu normal.

Dans une expérience qui a duré 70 jours chez un sujet bien portant soumis à un régime constant et à une même quantité de liquide, ils ont pu, à plusieurs reprises, provoquer une forte diurèse par la caféine et la diurétiue, et ont constaté que les éléments solubles de l'urine n'augmentent pas dans la même proportion que l'eau urinaire; le

degré cryoscopique de l'urine se relève toujours. Quant à la proportion relative des éléments solubles entraînés par la diurèse, il y a surtout augmentation dans l'élimination des chlorures, tandis que l'augmentation est beaucoup moindre pour les autres éléments.

Si dans les mêmes conditions on administre les diurétiques dans une néphrite chronique, il faut distinguer deux cas, suivant qu'il y a simplement rétention des éléments de l'urine ou qu'il y a en même temps rétention d'eau. Dans le premier cas, celui d'une sclérose rénale compensée par exemple, les diurétiques produiront une faible élimination de l'eau, mais, par contre, augmenteront la quantité des éléments solubles de l'urine, beaucoup plus des éléments non chlorés que des chlorures. Ce résultat tient à ce que dans le cas d'un rein scléreux compensé, les éléments sécréteurs répondent moins à la stimulation que le rein normal, d'où moindre élimination d'eau, et à ce que les produits non chlorés, déchets azotés, phosphates, constituent surtout les produits de rétention dont le rein s'empare naturellement quand sa fonction est stimulée.

Dans les cas de rein scléreux non compensé, alors que les œdèmes existants témoignent à la fois de la rétention de l'eau et des éléments de l'urine, les diurétiques peuvent en ramenant une diurèse abondante écarter les symptômes graves dus à l'urémie et aux hydropisies. C'est d'ailleurs l'usage le plus fréquent qu'on fait des diurétiques en pareille circonstance. On peut alors constater, lorsque la diurèse se rétablit sous l'influence médicamenteuse, que les chlorures suivent en quantité une marche parallèle à l'élimination de l'eau, pendant tout le temps que dure la diurèse; par contre, l'élimination des déchets azotés débute avant l'établissement de la diurèse pour se prolonger pendant tout le cours de cette dernière. L'indication des diurétiques se pose plus souvent dans les néphrites interstitielles que dans les néphrites épithéliales où le régime déchloruré suffit en général pour faire disparaître les œdèmes. Dans la sclérose rénale, c'est surtout aux diurétiques purs, à la théobromine notamment, qu'il faudra revenir pour obtenir une élimination de l'eau et des chlorures, tandis que la digitale conviendra aux œdèmes dus à la rupture de la compensation cardiaque.

Lorsqu'on ne peut arriver par le régime et par l'emploi des diurétiques à combattre les phénomènes de rétention et qu'en tout cas l'état des reins exige des ménagements, on a recours à la mise en jeu des sécrétions vicariantes et notamment à la diaphorèse. Il est bien évident qu'une forte transpiration fait perdre par la surface cutanée une forte quantité d'eau et que par ce moyen on pourrait lutter contre les œdèmes. Mais la question est plus complexe, et il s'agit de savoir si par la diaphorèse on peut être utile au malade et le débarrasser du chlorure et des déchets azotés qui encombrent ses tissus et qui sont pour lui une menace d'urémie. Peut-être aussi sous l'influence d'une concentration plus grande du sang occasionnée par les pertes aqueuses, le rein serait-il stimulé dans sa fonction éliminatrice. Au point de vue clinique, la plupart des auteurs se sont exprimés favorablement sur l'utilité de la diaphorèse dans les néphrites, comme permettant de combattre à la fois l'intoxication et les œdèmes. Senator, Litten, Furbringer regardent les bains chauds comme un bon moyen de prévenir les accidents urémiques. Rosenstein considère la diaphorèse comme une méthode très rationnelle pour lutter contre les œdèmes et augmenter la diurèse, même lorsque les phénomènes urémiques se sont montrés. D'un autre côté, les expériences semblent démontrer l'utilité de la diaphorèse dans les néphrites. Pour s'en rendre compte, il fallait recueillir la transpiration dans diverses maladies et dans les néphrites pour en étudier la composition. C'est ce qui a fait tout dernièrement Strauss qui a trouvé que dans le mal de Bright le degré cryoscopique de la sueur était plus abaissé que dans les autres maladies. La sueur pré-

sente chez le brightique une concentration plus élevée, mais cette concentration ne tient pas à la présence en plus grande quantité du chlorure de sodium, mais bien à la présence des produits azotés d'excrétion. Les élèves de Koranyi ont répété ces expériences et ont trouvé également que la sueur recueillie chez les brightiques présente une concentration très élevée, d'où l'on peut conclure que les glandes sudoripares peuvent parfois suppléer à la fonction rénale. Eux aussi ont trouvé que les éléments solubles de la sueur sont représentés surtout par les déchets azotés. C'est ainsi que la teneur en azote variait de 0 gr. 10 à 0 gr. 45 0/0, ce dernier chiffre représentant la moitié de la concentration de l'azote de l'urine du même malade. La teneur en chlorure de sodium a varié de 0 gr. 09 à 0 gr. 56 0/0. Quant à la perte du poids sous l'influence de la diaphorèse, elle a varié de 150 à 950 grammes. On peut déduire de ces chiffres la quantité des substances dissoutes éliminées par la sueur. Ces quantités représentent de 10 à 20 0/0 des substances éliminées par l'urine et dans les cas de diaphorèse intense la proportion peut aller à 50 0/0. On peut donc dire que la sueur représente une sécrétion vicariante pour le rein en ce qui concerne non seulement l'eau, mais les substances dissoutes dans les déchets azotés. C'est ce qui résulte des analyses faites chez les malades non atteints d'œdèmes. Pendant la diaphorèse la quantité d'urine diminue, mais cette diminution est largement compensée par la transpiration. Enfin, comme dernière conséquence, on constate que la concentration moléculaire du sang diminue. Les mêmes faits s'observent chez les brightiques avec œdèmes, avec cette différence, d'après Kovesi, que la quantité d'urine ne diminue pas pendant la période de transpiration. La quantité d'azote éliminée par l'urine étant la même avant, pendant et après la diaphorèse, la quantité éliminée par la sueur vient en surcroît. L'état des chlorures est peu influencé par la diaphorèse. Enfin, l'élimination totale est augmentée, en sorte que la diaphorèse contribue à dissiper la rétention de l'eau et des œdèmes. Le bien-être consécutif des malades soumis à la diaphorèse démontre que ce procédé de traitement est réellement utile.

Faut-il redouter que la diaphorèse n'amène une augmentation de la concentration du sang et ne favorise l'urémie? C'est une crainte plus théorique que justifiée, exprimée par quelques auteurs. Si dans quelques cas on a signalé des attaques d'urémie après la diaphorèse, il ne s'agit que d'une coïncidence que la thérapeutique n'a pas pu prévenir. D'ailleurs, l'analyse du sang donne plutôt une diminution de la concentration. Et, pour en revenir aux applications cliniques, des auteurs comme Litten et Furbringer traitent les urémiques par la diaphorèse provoquée par les bains et les enveloppements chauds.

A quelle catégorie de brightiques, à ceux qui ont de l'œdème ou à ceux qui en sont dépourvus, faudra-t-il appliquer la diaphorèse? Ici les opinions sont partagées. Strauss, sur la foi de ses analyses de la sueur croit qu'il est inutile de faire transpirer les malades qui ont de la rétention des chlorures parce que la sueur est toujours plus pauvre en chlorure que le sang, la diaphorèse serait inutile pour déterminer la déshydratation au moins dans beaucoup de cas. On peut répondre d'abord que la teneur de la sueur en chlorure est assez variable et que la diaphorèse entraîne un drainage de liquide qui n'est pas sans influence sur les hydropises. Kovesi pense au contraire que la diaphorèse est un moyen souverain pour combattre les hydropisies. Quoiqu'il en soit de ces divergences, la diaphorèse reste parmi les méthodes à conserver dans le traitement des néphrites chroniques.

Les effets de l'action purgative sont plus incertains, parce qu'il est difficile de faire des analyses complètes des selles et de se faire une idée de l'élimination vicariante par l'intestin. Ces circonstances font qu'on ignore toute la valeur thérapeutique de la médi-

cation purgative et qu'on l'a un peu délaissée de nos jours. Elle avait été très recommandée par Bright et d'autres auteurs. Empiriquement, on sait que les purgations un peu fortes diminuent les hydropisies et qu'elles combattent la rétention du chlorure, des phosphates et de l'azote. On sait que les phosphates sont éliminées en grande partie par l'intestin. Les purgations, telles qu'elles doivent être employées ici, ont le défaut de déprimer les malades, mais chez les brightiques hydropiques qui ont encore bien conservé leurs forces, elles peuvent être très utiles comme moyen adjuvant pour combattre les œdèmes.

Nous n'avons eu nullement l'intention dans cette revue d'énumérer tous les moyens thérapeutiques employés contre les néphrites chroniques, nous voulions seulement montrer comment, d'après des données nouvelles, on doit utiliser chez les brightiques le régime à un point de vue thérapeutique. Nous avons cru dire un mot de la diaphorèse et de la purgation, parce que sous le rapport de leur action on peut les rapprocher des effets du régime, ce sont des moyens qui modifient aussi la concentration du sang et des humeurs. Il nous resterait à dire un mot de l'action spéciale de l'opothérapie rénale, qui, restée un peu délaissée depuis la première communication du Pr Dieulafoy, a montré ce qu'elle pouvait donner dans des communications retentissantes du Pr Renaut, puis de Capitan et du Pr Teissier. Par l'opothérapie rénale, on combat efficacement les accidents les plus pénibles de l'insuffisance rénale, les crises de dyspnée, la céphalée urémique, les phénomènes gastro-intestinaux.

Les ingestions d'extrait du rein ont pour effet d'augmenter énormément la toxicité de l'urine, d'élever la quantité d'acide phosphorique, mais peu l'urée et les sels, surtout le chlorure de sodium qui reste fixe. Malgré l'action remarquable de ce traitement, ce procédé s'est peu répandu, sans doute parce qu'il était employé en désespoir de cause, alors que le parenchyme rénale était irrémédiablement détruit. Mais beaucoup de cas d'urémie relèvent d'une imperméabilité rénale due à la suppression fonctionnelle momentanée de territoires restés relativement sains à côté de zônes glandulaires détruites et pouvant se rétablir dans leur activité fonctionnelle.

Le Pr Teissier a encore obtenu des effets thérapeutiques remarquables avec le sérum retiré de la veine rénale, moyen qui assurément ne paraît pas à la portée de tous les praticiens. Il n'en est pas moins intéressant de remarquer que sous l'influence des injections de ce sérum, les cylindres disparurent et que l'urine remonta à plusieurs litres en vingt-quatre avec décharges énormes de chlorure de sodium, et une augmentation notable de l'urée. Chose curieuse, la toxicité urinaire se trouve diminuée, tandis qu'elle est augmentée avec les injections d'extrait rénal; on suppose que ce résultat est dû à ce que le sérum contient des antitoxines. Quoiqu'il en soit, l'opothérapie rénale sous toutes les formes est indiquée dans tous les cas d'insuffisance rénale, lorsque le parenchyme n'est pas trop gravement désorganisé et s'il s'agit surtout d'accidents urémiques dus à une brusque suspension de la fonction rénale ou à la suppression fonctionnelle, dans un rein préalablement malade, des portions de parenchymes restées jusque-là perméables, mais momentanément inhibées. La méthode rendra alors des services sérieux en contrebalançant l'action toxique des produits de rétention jusqu'au moment où la médication employée rétablira la perméabilité du rein. En un mot, l'opothérapie rénale, selon l'expression du Pr Teissier, s'adresse à la défaillance rénale, comme la digitale s'applique à la crise d'insuffisance cardiaque.

---

tera de rapprocher grossièrement les parois du sac ou leurs débris, on drainera et on pansera le plus rapidement possible.

Complications intestinales. — Comme je l'ai dit plus haut, il peut y avoir une altération intestinale qui complique l'intervention.

Si cette altération est le fait d'un accident opératoire (piqûre ou incision de l'intestin par le bistouri, au cours du débridement), la conduite est très simple, une suture à la soie fine ou avec un fin catgut donne d'excellents résultats. J'ai eu tout au début de ma carrière deux de ces accidents au cours d'opérations faites pendant la nuit et la terminaison en fut parfaitement heureuse.

S'il s'agit d'altération de l'intestin due au sphacèle, les résultats sont infiniment plus aléatoires. On recommande, si la perforation est petite, de suturer directement en fronçant la paroi intestinale.

Cela peut donner des résultats. Mais il peut arriver aussi que la suite soit mauvaise et par deux fois j'ai eu à intervenir après des opérations de cette sorte faites par d'autres chirurgiens avec des résultats déplorables.

Quand il y a des altérations plus graves de l'intestin, on a deux partis à prendre : ou faire un anus artificiel, ou faire une résection et une entéro-anastomose.

Les deux procédés donnent des résultats assez médiocres.

L'anus artificiel, si simple quand il est fait délibérément pour une obstruction intestinale d'origine quelconque, donne après la kélotomie des résultats souvent meurtriers.

D'un autre côté, la résection suivie d'entéro-anastomose, qui a donné des succès auxquels quelquefois les chirurgiens ne s'attendaient guère, a donné aussi une foule d'insuccès.

Aussi, j'estime qu'il ne faut faire ni l'un ni l'autre à la légère.

Si le sujet ne paraît pas pouvoir supporter le supplément de temps que nécessite l'entéro-anastomose, on fera l'anus artificiel en fixant l'anse à la plaie et en laissant sur les côtés de l'intestin un tamponnement à la gaze iodoformée qui m'a toujours paru donner un drainage abdominal suffisant pour favoriser une bonne évacuation des liquides septiques qui sont dangereux autour de l'anus artificiel.

L'entéro-anastomose, qui ne doit s'appliquer qu'à des cas d'une extrême rareté, doit être faite très largement de façon à exclure toute région intestinale altérée à un degré quelconque.

Il faut, du reste, bien se dire que ces procédés de résection et de suture intestinale n'ont de chance de réussir habituellement qu'entre les mains de chirurgiens rompus à la pratique de ces sutures et que, pour des chirurgiens moins exercés, elles seraient souvent désastreuses.

Aussi, faut-il tâcher de les éviter.

Dans les cas douteux, dans lesquels on ne peut affirmer la lésion de paroi, mais dans lesquels on peut la craindre, un procédé un peu bâtard, mais très facile à exécuter et relativement sûr, consiste à fixer par un fil dans le mésentère l'anse au voisinage de la plaie et à faire un tamponnement de gaze iodoformée au voisinage de cette anse.

Très rapidement, on peut enlever le drain de gaze et si l'anse est solide, il n'y a aucune mauvaise conséquence.

Si l'anse était défectueuse, une fistule intestinale peut se produire, qui s'évacuera au dehors sans menacer la grande cavité péritonéale.

Si l'opération a été terminée dans les conditions normales et sans ces complications, je recommande toujours de drainer la plaie superficiellement.

J'ai donné, ailleurs, les raisons de cette pratique que j'estime très heureuse après la cure radicale.

Elle est encore plus justifiée après la kélotomie. Je la trouve toujours préférable à celle qui consiste à tout fermer, avec l'espoir d'une réparation plus rapide.

Sauf le cas dans lequel on voudrait à tout prix éviter des pansements que l'on ne peut faire soi-même, il n'y a aucune bonne raison pour préconiser cette conduite.

Hernie crurale étranglée. — La hernie crurale étranglée doit être opérée plus rapidement encore que la hernie inguinale.

Les parties sont plus facilement serrées, plus facilement mortifiées. Plus petite et contenant plus souvent de l'intestin isolé, la hernie est exposée à des accidents plus graves.

En outre, l'étranglement a pour siège des tissus fibreux très durs, ceux de l'orifice du fascia crébriforme ; et l'étranglement s'y fait très brutal et très fatal par une masse de tissu fibreux répondant au collet du sac et à cet orifice fibreux tendu par la dépression en arrière qu'il subit toujours.

L'étranglement par l'anneau crural proprement dit est une légende. S'il est possible matériellement, ce dont je doute, il n'aurait aucun intérêt dans la pratique générale de la kélotomie pour hernie crurale.

Ici, incision oblique au-dessous de l'arcade crurale et non sur la partie saillante de la hernie.

Il faut encore se tenir assez haut pour être assuré d'arriver sur la partie serrée de l'anneau.

Si on aperçoit bien l'anneau fibreux du fascia crébriforme, le saisir hardiment avec deux pinces à griffes et sectionner entre ces deux pinces cet anneau constricteur.

La section peut être faite ici avec des ciseaux mousses. Pour un néophyte, il vaut toujours mieux se servir du bistouri boutonné.

Après cette section, on voit en quelque sorte le collet du sac se dégager et remonter et on s'explique très bien comment nombre d'auteurs ont autrefois conseillé de faire une opération sans ouverture du sac.

Ordinairement, le sac ainsi desserré remonte sous les doigts. On l'ouvre alors très facilement, toujours en dédolant.

On nettoie son contenu, puis on incise avec le bistouri boutonné de Cooper la partie qui étrangle.

Ici, le débridement devra toujours se faire en haut et en dedans, sans crainte aucune des fameuses anomalies artérielles.

Cette crainte est d'autant plus vaine que l'incision peut ne porter que sur le tissu du collet du sac, au plus sur le tissu fibreux du crébriforme. Par conséquent, même si un vaisseau artériel passait autour il ne serait pas atteint par le bistouri.

Il faut éviter seulement les incisions en dehors et en bas.

Ceci dit, on peut ajouter que pour un néophyte des incisions multiples peuvent le tirer d'embarras.

Pour un homme expérimenté, mieux vaut une incision unique plus profonde qui laisse intact le reste du pourtour du sac pour la cure radicale.

Mêmes indications que plus haut, pour le nettoyage antiseptique du sac avant la levée de l'étranglement.

Pour l'examen des parties contenues.

Pour leur libération absolue.

Pour les altérations de l'intestin.

On remarquera seulement que les altérations de l'intestin sont plus communes et plus rapidement obtenues dans la hernie crurale que dans la hernie inguinale.

Le jeu des parties pour la réduction doit aussi être parfait.

Les mêmes considérations s'imposent pour les altérations de l'intestin et leur traitement.

Si l'état général le permet, même cure radicale.

L'étranglement et l'altération des parties la rend, pour la hernie crurale, plus difficile que pour la hernie inguinale.

Mêmes considérations relatives au drainage.

Hernie ombilicale étranglée. — La pratique de l'opération pour la hernie ombilicale étranglée est peu différente de celle pour les autres opérations.

Ici, l'étranglement est dû à un anneau fibreux qui se confond avec le collet du sac de la hernie.

Pour l'atteindre, il faut, par une incision verticale ou oblique, se rapprocher du pédicule de la hernie plus que du sommet.

L'incision doit être très large pour ne pas opérer au fond d'un puits.

On peut opérer de dehors en dedans sur l'anneau fibreux. Toutefois, la manœuvre est plus délicate.

Le plus simple est d'ouvrir le sac avec les précautions habituelles, puis d'attaquer le point serré avec le bistouri de Cooper.

Ici, l'action des ciseaux est plus facile et moins dangereuse que pour les deux hernies précédentes.

La section du collet serré peut être faite largement et directement en haut ou en bas, mais elle peut aussi être faite en d'autres points.

Cela a ici moins d'inconvénients que pour le sac des autres hernies; et vu l'irrégularité habituelle des hernies ombilicales, cela peut devenir tout à fait une nécessité pour obtenir le dégagement des parties.

En effet, sauf le cas de hernie petite, la constriction est souvent due à plusieurs resserrements du sac.

L'oblitération des anses se fait non parce qu'il y a un point très serré, mais parce les anses sont coudées en plusieurs points en même temps qu'elles sont comprimées en d'autres.

On trouve quelquefois plusieurs anneaux distincts dont un seul est le siège de l'étranglement.

On trouve même dans la hernie, au milieu du sac herniaire un étranglement, tandis que l'anneau herniaire principal est libre.

En tout cas, il faut comme pour toutes les autres hernies obtenir la sortie et la rentrée facile des parties étranglées.

Il arrive que l'opération de la hernie ombilicale étranglée soit très laborieuse et prenne les proportions d'une des laparotomies les plus graves.

Il est fréquent alors qu'on ne puisse faire à la suite de la kélotomie les opérations longues et minutieuses qui seraient indispensables pour donner quelque chance de cure radicale, c'est-à-dire pour la disparition complète de la hernie.

Dans ces cas on enlève le sac grossièrement, on rapproche les parois par des sutures rapidement faites et on draine largement.

Chez des sujets bien vigoureux, on fera des opérations plus parfaites comme dans les cas d'opération de cure radicale sur les sujets sans étranglement.

Antisepsie, pansements et suites opératoires. — Quelle que soit la variété de hernie pour laquelle on doit pratiquer la kélotomie, il faut prendre les précautions d'antisepsie les plus parfaites.

Il ne faut pas oublier qu'on opère le plus souvent des sujets qui n'ont pu subir de préparation, d'abord parce que l'opération est décidée extemporanément, puis parce qu'ils souffrent, et enfin parce qu'il faut bien se garder d'ajouter par un traumatisme extérieur des conditions d'aggravation.

Le nettoyage au savon, et surtout à la décoction de panama ou à la teinture de quillaya sans brosse et sans frictions violentes, est suivi d'une imprégnation avec la solution phéniquée forte (au vingtième).

Il est bon de compléter ce nettoyage avec l'eau oxygénée.

Lorsque l'opération sera terminée, il faudra insister sur le nettoyage antiseptique terminal non seulement à cause de la qualité septique de la plaie, mais pour compenser ce que le nettoyage préliminaire pouvait avoir de défectueux.

Pour le pansement que je fais toujonrs, comme de coutume, antiseptique (gaze iodoformée très peu chargée et sachets antiseptiques), on doit recommander un pansement compresseur. Il est bon là comme pour toutes les laparotomies. Il peut jouer un rôle très important. Même à une époque où la chirurgie antiseptique était imparfaite, la compression contribuait puissamment à la marche régulière de ces plaies.

Dans le traitement secondaire, qui doit être celui de toute laparotomie, j'insiste sur deux points.

Il ne faut pas chercher l'évacuation immédiate et rapide de l'intestin, ni même la souhaiter. Souvent les sujets chez lesquels l'opération est immédiatement suivie d'évacuations profuses sont des sujets qui ne guérissent pas.

Tandis que je purge dès le lendemain les sujets opérés de cure radicale sans étranglement, après les opérations de kélotomie pour étranglement, je tarde souvent plusieurs jours à le faire.

Au début, je me contente d'apprendre qu'il y a eu évacuation de gaz.

Un petit lavement est souvent parfaitement suffisant pour la provoquer.

Pour la même raison, je conseille de laisser les sujets à la diète le plus longtemps possible. J'ai vu souvent qu'une alimentation prématurée et souhaitée par le sujet avait été suivie d'accidents.

L'usage des injections sous-cutanées de sérum est un des compléments les plus précieux de l'opération de la kélotomie pour étranglement.

Il faut être très parcimonieux pour l'opium ou plutôt en rejeter l'emploi. Il ajoute aux parésies intestinales secondaires, si funestes dans les suites de l'intervention. (1).

---

(1) Extrait de : Hernies, hygiène et thérapeutique, par le Dr Just Lucas-Championnière, 1 vol. J. Rouff, éditeur, Paris.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies générales, non infectieuses et intoxications

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Contribution du traitement du diabète insipide, par Berthold Stein (*Münch. med. Woch.*, 6 septembre 1904). — Dans un cas de diabète insipide avec émission de 10, 15 et 18 litres par jour, l'auteur a tenté à peu près inutilement tous les médicaments pronés comme efficaces. Les cas idiopathiques résistent presque à tout traitement. Dans le cas actuel, il n'y avait ni traumatisme, ni affection cérébrale, ni hystérie, ni syphilis comme cause.

Le traitement diététique proprement dit n'existe pas. La composition de l'urine ne varie guère sous l'influence du régime. il n'en est pas de même de la quantité des urines qui dépend de l'alimentation, cette quantité augmente avec la quantité des produits à éliminer par le rein. Pour Tallvist, c'est l'alimentaiion la plus pauvre en azote et en sel qui a été la plus favorable pour les malades. Dans son cas, l'auteur n'a pu observer cette influence, car la malade avait une faim extrême et on ne pouvait guère restreindre la nourriture. Au point de vue de la polydipsie, le principe est de laisser boire les malades autant qu'ils veulent : thé, café, cacao, lait. eau, limonade. Il est curieux de noter l'accoutumance à l'alcool, la malade buvait, sans inconvénient, 6 à 10 litres de bière par jour, et 2 ou 3 verres de vin. En cherchant à diminuer la polydipsie, l'auteur a échoué et a provoqué des malaises, des douleurs d'estomac, du vertige, de la faiblesse. L'urine n'avait diminué que de deux litres.

On attribue dans le diabète insipide une grande importance aux soins de la peau. Les lotions froides et les bains froids peuvent être recommandés, les bains tièdes n'ont pas d'effet nuisible. Mais la malade n'a absolument pas supporté les bains chauds qui, en activant la transpiration, peuvent diminuer la sécrétion rénale, et la faiblesse augmentait encore; aussi s'est-on abstenu de pilocarpine.

L'électricité n'a rien donné et a été mal supportée. L'hypnose n'a pas été essayée, bien qu'elle ait donné à Herescu un succès dans un cas de diabète insipide développé à la suite de la néphropexie.

Les préparations les plus diverses de valériane n'ont rien donné. L'antipyrine recommandée par Eichhorst n'a même pas calmé la céphalée: le bromure et l'arsenic, sous forme de cacodylate de soude ont amélioré un peu l'état général, mais la maladie n'en a pas été modifiée. L'opium a été donné pendant quatre semaines et a produit une légère amélioration de l'état général, une atténuation des phénomènes nerveux, surtout de l'insomnie, mais aucune modification de la polyurie et de la polydipsie, pendant dix jours la densité de l'urine est remontée à 1006 pour redescendre à 1002. Une tentative de traitement iodé et mercuriel ne donna qu'un mauvais résultat.

L'atropine fut employée pendant quatorze jours sans exercer une influence notable. L'ergot de seigle fut plus efficace, la soif diminua un peu, la peau et la langue n'étaient pas aussi sèches, la faiblesse était moindre, mais la polyurie subsista. C'est alors que l'auteur essaya la strychnine. Ce médicament avait été employé dans la paralysie vésicale par Feilchenfeld qui avait noté une action sur sa sécrétion urinaire.

L'auteur, à son exemple, a employé des injections sous-cutanées de strychnine ; dès la deuxième injection, la quatité d'urine descendait de 15 à 12 litres; dans les quatre semaines suivantes, elle s'abaissait progressivement de 3 l. 1/2 à 4 litres. La densité était alors de 1.005 à 1.006. La polydipsie diminua, les envies d'uriner disparurent, le poids corporel s'éleva de

98 livres à 105, et la malade qui pouvait à peine se promener une heure, marchait sans effort pendant 3, 4 ou 5 heures. Le sommeil était revenu.

L'auteur avait commencé par injecter 0 gr. 001 de nitrate de strychnine durant cinq jours, puis après un repos de trois jours, il injecta 0 gr. 003 pendant une semaine, après un repos de trois jours, 0 gr. 005, et pendant la quatrième semaine 0 gr. 01. Il n'y eut pas de troubles accessoires sérieux, à part quelquefois d'assez fortes douleurs au point de l'injection. En tout cas, il est bon de commencer par de faibles doses pour augmenter progressivement.

Il s'agit ici d'une action directe de la strychnine sur le diabète même, et non pas seulement sur la polyurie, mais cette action n'est pas encore bien élucidée.

L. Junon.

Action des rayons X sur les organes leucopoïétiques, par C. Bozzolo (*Giornale della R. Accad. di Medic. di Torino*, nos 7, 8, 1904). — L'auteur relate les expériences faites dans sa clinique universitaire sur l'action des rayons X, en cas de leucémie et pseudo-leucémie.

Dans tous les cas, on observa les bons effets du traitement : on ne put toutefois l'appliquer régulièrement chez deux malades atteints de maladie de Banti, dans un cas de lymphocythémie chronique et dans un autre de lymphomatose multiple. Au contraire, une malade atteinte de leucémie spléno-myélogène fut soignée pendant cinq mois : les résultats ont été dans ce cas vraiment surprenants.

La fièvre de 40° — 39°5 tomba rapidement à 38° et cessa après un mois de traitement. L'hémométrie accusa une augmentation de 35 à 85° (Fleisch) ; les hématies passèrent de 2.000.000 à 4.000.000, les leucocytes, au nombre de 140.000 au début du traitement étaient tombés après trois mois à 16.000. Ils remontèrent ensuite à 40.000 et on vit réapparaître quelques myélocytes, qui avaient complètement disparu. La rate qui occupait toute la cavité abdominale diminua de consistance après quelques semaines de traitement et se réduisit à un très petit volume. La malade reprit ses forces et ses couleurs. Son poids augmenta de 15 kilogrammes : l'appétit devint meilleur et les règles revinrent.

Les quelques myélocytes qu'on trouve encore dans le sang ne permettent pas de considérer cette malade comme complètement guérie ; mais il n'est pas possible de nier un rapport direct entre le traitement et l'amélioration des troubles généraux et localisés dont souffraient cette malade, ainsi que les autres patients dont il a été parlé.

La merveilleuse action de ce nouvel agent thérapeutique est digne de la plus grande considération.

A.-L. Percival.

Traitement du rhumatisme chronique par la méthode de Bier (*Berlin. Klin. Woch.*, 5 septembre 1904). — Dans les nouvelles observations où il a employé ce traitement, l'auteur a constaté que l'action analgésique due à la stase se produit dans tous les cas peu de temps après ; mais dans l'arthrite déformante, il n'a pas remarqué d'action curative après l'emploi de cette méthode. Dans les cas de rhumatisme chronique, les petites articulations malades répondent mieux au traitement que celles du genou et du coude. On obtient une amélioration rapide de la fonction dans beaucoup de cas.

L'auteur a également traité par cette méthode l'arthrite blennorrhagique dont il donne cinq observations qui montrent que l'hyperémie de Bier peut encore réussir souvent à empêcher les raideurs si fréquentes des articulations. L'hyperémie passive mérite de jouer un rôle important dans le traitement des affections articulaires chroniques.

L. Junon.

Injections intra-veineuses de salicylate, par Félix Mendel (*Münch. méd. Woch.*, 9 août 1904). — L'auteur part de ce principe que les injections intra-veineuses de médicaments suivant une bonne technique et un choix convenable des médicaments non seulement excluent tout danger local ou général, mais augmentent beaucoup la puissance des médicaments.

L'injection sous-cutanée de petites quantités d'une solution de salicylate de soude s'est montrée extrêmement efficace, mais si douloureuse qu'on ne peut songer à généraliser ce traitement, mais des expériences ont montré qu'avec quelques précautions, on peut injecter sans danger dans les veines une solution à 20 0/0 de salicylate de soude. Même la légère douleur de l'injection peut être évitée par l'addition de la caféïne, suivant la formule :

Salicylate de soude.....	8 grammes
Salicylate de soude et de caféine.....	2 —
Eau distillée.....	q. s. p. 50

On a injecté 1 1/2 à 2 c. c. de cette solution à des intervalles variant de 12 heures à 8 jours suivant le cas.

Le résultat a été absolument net. Toutes les douleurs provoquées par l'affection rhumatis-

male, qu'il s'agit d'une douleur dans l'articulation, les muscles ou les nerfs ont disparu aussitôt après l'injection; les épanchements articulaires récents et anciens ont diminué immédiatement sous les yeux de l'auteur.

Dans les affections rhumatismales aiguës apyrétiques ou avec légère élévation de température ont souvent vu la douleur disparaître temporairement ou pour toujours souvent après une injection ; rarement plusieurs injections on a été nécessaires pour obtenir une guérison définitive.

Dans le rhumatisme articulaire aigu fébrile, les douleurs ont disparu pendant plusieurs heures après l'injection, mais la fièvre n'a pas été influencée, de sorte que ce mode de traitement devrait être préféré dans cette affection.

Le champ le plus important du traitement salicylé intra-veineux est représenté par les cas de rhumatisme où l'emploi interne et externe a perdu son action ou ne l'a jamais montrée ; il s'agit ainsi des cas de récidive se poursuivant durant plusieurs mois ou de mono-arthrite du genou ou de l'épaule avec forts épanchements. Quelques injections salicylées intra-veineuses ont procuré une amélioration considérable et la guérison en un temps relativement court, là où les autres traitements avaient été inutiles.

La méthode a une grande valeur dans l'arthrite déformante qui succède à la polyarthrite aiguë. Après chaque injection, les douleurs ont disparu durant 10 à 15 heures pour toutes les articulations malades, les tuméfactions disparaissent et il est plus facile d'appliquer un traitement thermique, hydriatique et mécanique. Dans la pleurésie, les douleurs ont disparu après chaque injection, mais la fièvre a subsisté.

En résumé, le traitement salicylé intra-veineux a de grands avantages sur tout autre traitement salicylé :

Il supprime d'une façon rapide et sûre toutes les douleurs rhumatismales, il agit dans les cas où le traitement interne et externe échoue, il est dépourvu des actions accessoires du traitement interne, sueurs, bourdonnements, irritation rénale.

L. Jumon.

Maladies infectieuses

Dr LESAGE

Médecin des hôpitaux.

A propos d'un cas de fièvre typhoïde, par Lemoine (*Le Nord Médical*, 15 septembre 1904).— L'auteur déconseille formellement l'emploi des bains froids quand une hémor-ragie intestinale se produit, à moins que la température ne reste très élevée. Le bain froid doit provoquer une cotngestion passagère vers les viscères, au même moment que la peau se décongestionne, fluxion interne qui dure très peu de temps, rapidement suivie d'un afflux sanguin vers la peau : c'est pour cette raison qu'il semble nuisible de soumettre un intestin malade, dans les parois duquel existent des vaisseaux rompus, à de semblables variations de pression qui peuvent provoquer la rupture des vaisseaux fragiles ou déterminer la chute d'un caillot obturateur en voie de formation. Quand il s'agit toutefois d'hémorragies précoces, dues à la congestion de la muqueuse et non pas aux ruptures vasculaires, le danger du bain froid n'est plus le même et on peut en continuer l'emploi.

On n'oubliera pas, du reste, que l'hémorragie agit quelquefois de la même façon que la saignée dans l'urémie : elle débarrasse l'organisme d'une quantité considérable de toxines et diminue, par conséquent, l'intensité des phénomènes d'intoxication. Cet heureux effet des hémorragies intestinales se voit encore assez souvent.

Si l'on suspend l'emploi des bains en cas d'hémorragie il ne faut pas renoncer pour cela aux applications froides locales. Il semble que l'application froide locale longtemps prolongée provoque de la vaso-constriction, non seulement des vaisseaux de la peau, mais encore des vaisseaux de la profondeur.

Aux applications froides sur le ventre, l'auteur ajoute l'emploi des boissons glacées, abondantes, mais prises par petite quantité à la fois. Toute nourriture liquide, tels que lait, bouillon, potage ou tapioca, est immédiatement suspendue, de façon à permettre à l'intestin de se reposer complètement.

Cette immobilisation de l'intestin constitue une des principales indications thérapeutiques. Elle est obtenue d'abord par le maintien du malade dans la position horizontale, la tête aussi basse que possible, dans la crainte d'une syncope, avec défense faite d'exécuter aucun mouvement étendu ; elle l'est d'une façon encore plus certaine en ce qui concerne l'intestin par l'administration de l'opium.

Poudre d'opium brut.....	0 gr 01
Sucre en poudre.....	0 gr. 25

Pour 1 cachet. En donner 3 par jour.

C'est la dose minima, et selon les cas, on peut donner jusqu'à 0 gr. 10 et 0 gr. 15 de poudre d'opium, soit quand la diarrhée mêlée de sang se répète trop souvent, soit quand

l'hémorragie est très abondante et que la syncope menace de se produire.

L'ergotine semble peu indiquée dans les cas de ce genre; elle exerce une action hémostatique en provoquant le resserrement des fibres musculaires des artérioles; elle ne peut donc avoir qu'une action minime pour arrêter des hémorragies qui, comme celles de l'intestin, sont dues à l'ouverture de capillaires dépourvus de fibres musculaires, ou d'artérioles dont les tuniques sont malades et ne peuvent guère plus se contracter.

L'auteur préfère de beaucoup à l'ergotine le chlorure de calcium en lavements ou en potion. Les lavements sont donnés aussi chauds que possibles, à 45 ou 48 degrés, et contiennent chacun 4 grammes de chlorure de calcium. Par la bouche on en donne 2 grammes par jour dans un julep gommeux.

Souvent aussi, l'auteur se sert de la solution de gélatine en potion, mais cette médication est moins active que la précédente.

L'auteur passe ensuite, à propos d'un autre typhique, au traitement des vomissements incoercibles parfois observés au cours de la fièvre typhoïde.

La première chose à faire en présence de vomissements semblables est de cesser les médications prescrites antérieurement, car elles sont bien souvent la cause de l'irritation de l'estomac.

Puis, pour éteindre l'excitabilité réflexe de l'estomac, on prescrira la potion suivante :

Chlorydrate de cocaïne.	0 gr. 10
Teinture de belladone..	XXX gouttes
Elixir de garus.....	25 grammes
Eau de laitue.....	75 —

A prendre par cuillerée à café d'heure en heure.

Si cette médication ne donne pas de résultat, la potion de cocaïne sera remplacée par une médication légèrement excitante, et on donnera, par exemple, trois gouttes de teinture d'iode dans un peu d'eau, par cuillerées à café.

Cette médication excitante présente de grands avantages : elle agit vite et réussit surtout dans les cas où la muqueuse de l'estomac est enflammée. On obtiendra les mêmes effets avec la créosote, le menthol de l'alcool.

L'action de la créosote sur les voies digestives est précieuse et son emploi est indiqué, non seulement lorsque la muqueuse de l'estomac est enflammée, comme dans la fièvre typhoïde, ou vivement excitée par des phénomènes réflexes, comme à l'occasion des vomissements incoercibles de la grossesse, mais aussi dans les entérites et les diarrhées infectieuses de l'enfance.

Le menthol doit être aussi très recommandé

Menthol.....	0 gr. 30
Teinture d'opium.....	ãã 1 gr.
Teinture de belladone..	
Teinture de jusquiame.	
Alcool.....	20 gr.

On donne de ce mélange de deux à cinq gouttes, d'heure en heure, dans un peu d'eau.

L'alcool enfin calme tantôt admirablement les nausées et les vomissements, tantôt il les exagère; l'on est réduit à tâtonner. Il faut donner l'alcool surtout sous forme de champagne glacé et de grogs.

Dans bien des cas, il existe une véritable inflammation de la muqueuse due à la pullulation, dans la zone lympatique sous-muqueuse, de bacilles d'Eberth, tout comme dans l'intestin. A ce processus il est bon d'opposer une médication révulsive faite à la surface cutanée dans la région du creux épigastrique, où l'estomac est facilement accessible. On peut appliquer de la glace dans la région épigastrique, ou bien, si le malade est gêné par son poids, on fait des applications de pointes de feu, ou encore on pose une mouche de Milan. On néglige beaucoup trop l'emploi de cette méthode révulsive ; elle est pourtant de la plus grande utilité.

E. Vogt.

Traitement de la méningite cérébrale épidémique, par Louis Fischer (*Med. Record*, 13 août 1904). — Une épidémie récente a fourni à l'auteur l'occasion d'étudier plus en détail cette maladie dont la mortalité s'élève de 40 à 70 0/0. Le pronostic très grave dépend de l'état des forces du malade au moment de l'invasion de la maladie. Lorsque la guérison survient, il subsiste souvent de la surdité, de la cécité, des attaques épileptiques, de l'hémiplégie.

Le traitement diététique consiste à soutenir les forces de l'enfant qui doit être alimenté en conséquence. On peut tourner la difficulté qui résulte des troubles gastriques et des vomissements par l'alimentation rectale avec du lait ou des jaunes d'œufs peptonisés. On doit donner toutes les trois heures une alimentation légère, blancs d'œufs, potages.

L'enfant doit être placé dans une chambre à une température de 20°. S'il y a une fièvre élevée, on rasera la tête pour appliquer un sac de glace sur le sommet de la tête. Dans quelques cas, on obtient une atténuation des symptômes cérébraux par des bains de pieds sinapisés. On peut essayer les lotions tièdes. Les enveloppements froids ont une action antithermique calmante. Lorsque le délire survient, quelques sangsues appliquées sur l'apophyse mastoïde

apporteront du soulagement. Les reins et l'intestin doivent être attentivement surveillés; si l'urine est rare, on peut stimuler la diurèse par des irrigations intestinales de solution saline normale à 46°.

Comme médication, l'auteur pratique des injections sous-cutanées de 0 gr. 002 de sulfate de morphine répétées trois fois par jour ou plus souvent jusqu'à ce que le calme se produise. Dans quelques cas, 5 à 10 gouttes d'alcool chloroformé données avec les aliments apportent un certain soulagement. On peut donner 0 gr. 60 de bromure de sodium toutes les trois ou quatre heures jusqu'à ce que les symptômes cérébraux se soient modifiés. La plupart des antispasmodiques étant des dépresseurs cardiaques, il faut surveiller attentivement le pouls. On peut faire plusieurs fois par jour sur la région de la colonne vertébrale une friction avec une pommade d'argent. L'auteur n'a pas employé les injections intrarachidiennes de lysol. Lorsque les stimulants sont indiqués, il fait les injections sous-cutanées d'huile camphrée, et donne du musc et du café noir. Lorsqu'il existe du délire, l'hyoscyamine peut-être utile. Comme sédatif et pour provoquer le sommeil, on donne des suppositoires contenant 0 gr. 60 de chloralamide avec ou sans une petite dose (0 gr. 01) de belladone.

On pourra essayer de hautes doses d'iodure de potassium ou de sodium, de 1 à 4 grammes. Dans un cas qui guérit, on avait fait, matin et soir, des frictions mercurielles sur le cuir chevelu.

Jusqu'à présent, la chirurgie cérébrale n'a donné qu'un soulagement temporaire. Peut-être n'arrivera-t-on à guérir cette maladie que par l'emploi d'un sérum anti-méningococcique?

L. Jumon.

Chirurgie générale

Dr Benoit

Ancien interne des hôpitaux

De l'emploi des feuilles d'argent laminé contre les plaies cutanées, par M. Reboul (*Journal médical des Cévennes*, n° 4). — Le papier d'argent est employé depuis quelque temps, notamment en Belgique, pour modifier les plaies atones. M. Reboul en a fait l'essai et se déclare satisfait des résultats obtenus dans les *plaies ulcéreuses* de mauvaise nature et, en particulier, dans les *ulcères variqueux*. Le mode d'emploi est simple : après avoir pansé et nettoyé convenablement la surface à recouvrir, on applique dessus une feuille de dimension adéquate, et on exerce dessus quelques pressions avec du coton hydrophile, afin de favoriser l'adhérence. Celle-ci ne tarde pas à s'établir très solidement. On achève le pansement en entourant le membre d'ouate et de bandes roulées. Le pansement ne doit pas être renouvelé trop fréquemment. On est surpris, dit-il, de voir avec quelle rapidité les plaies qui résistaient à tous les topiques se modifient favorablement. L'épidermisation gagne à vue d'œil et la cicatrisation se trouve très avancée. Les *feuilles d'argent laminé* se trouvent chez les papetiers et les relieurs. On les délivre dans le commerce en cahiers. Il est indispensable de les stériliser à l'étuve, avant de s'en servir. Le moyen est trop simple pour ne pas mériter de sérieux essais.

A. Benoit.

Chirurgie du goitre à la clinique de M. Poncet (de Lyon), par MM. Delore et Piollet (*Bulletin méd.*, 10 sept. 1904). — Etude statistique, portant sur douze années et divisée en trois grands groupes. Grande majorité de femmes atteintes de tumeurs thyroïdiennes diverses. Au point de vue opératoire, les formes énucléables sont de beaucoup les plus nombreuses.

1° *Goitre simple*, M. Poncet rejette absolument les ponctions suivies ou non d'injections, que l'on a encore récemment préconisées. *L'exothyropexie* convient aux cas d'urgence, aux troubles fonctionnels sérieux.

La *thyroïdectomie partielle* ou la *résection* ne doivent pas être appliquées sans discernement aux formes énucléables et aux formes diffuses. C'est à ces dernières qu'elles conviennent, lorsque le traitement médical a échoué (*iodothyrine*). On doit toujours traiter le goitre simple par l'*énucléation* soit *massive*, soit *intra-glandulaire*.

Lorsqu'un goitre est *polykystique*, que les noyaux sont séparés par de minces cloisons vouées au sphacèle, mieux vaut l'énucléation massive de Poncet (1).

L'énucléation intra-glandulaire (opération de Socin ou strumectomie) convient à toutes les formes adénomateuses à noyau unique, ou à noyaux séparés par du tissu thyroïdien normal. La bénignité est telle aujourd'hui dans l'un et l'autre cas, qu'à la clinique de Poncet, on a incrit 2 décès sur 93 opérations, les décès datant de l'époque la plus éloignée.

Les accidents respiratoires sont assez fréquents au cours de l'intervention; la libération rapide de la trachée, la position assise les font disparaître;

(1) In thèse de Duclot (Lyon 1902).

2° *Thyroïdite et strumite.* La strumite proprement dite, ou suppuration d'un kyste, est plus fréquente que la thyroïdite. Le seul traitement est l'*incision* et le drainage. Certaines strumites rétrosternales graves devront être énucléées en pleine fièvre, si les accidents persistent;

3° *Cancer thyroïdien.* On ne peut et ne doit songer à l'ablation totale de ces tumeurs beaucoup plus fréquentes qu'on ne le pensait, qu'autant qu'elles demeurent confinées dans les limites de la capsule.

A. Benoit.

Quelques observations sur la chirurgie du canal cholédoque, par W. J. Mayo (*Medical Record*, 1904, n° 1747). — Discutant tout d'abord l'opportunité de l'ablation de la vésicule biliaire, comme le veulent beaucoup de chirurgiens, dans *tous les cas* d'infection biliaire, l'auteur exprime l'avis qu'il faut, au contraire, se contenter souvent de faire la *cholécystostomie*. Les adhérences profondes sont tout particulièrement une indication de s'en tenir à cette pratique, dont les résultats sont aussi bons que ceux de la cholécystectomie. La vésicule biliaire peu altérée doit être conservée, car il n'est pas démontré que sa suppression soit indifférente. Il n'en est pas de même lorsqu'il y a occlusion permanente du canal cystique, reconnaissable à l'absence de bile dans la cavité, altération grave des parois épaissies, etc.... l'organe est à ce point altéré qu'il y a lieu alors de le supprimer. La technique la plus sûre, celle qui permet l'ablation presque exsangue de la vésicule, est celle qui consiste à placer deux pinces courbes, l'une sur le canal cystique, l'autre sur l'embouchure de ce même conduit dans la vésicule. Cette dernière pince saisit aussi les vaisseaux vésiculaires, de sorte que l'on peut, après section du canal cystique, enlever tout ou partie de la vésicule, sans avoir son champ opératoire inondé de sang. On passe ensuite plusieurs sutures sur les deux lambeaux demeurés adhérents au foie, et on ferme le triangle hépatique ainsi mis à découvert. Mais tantôt il faudra un drainage cutané, tantôt on pourra fermer le canal cystique par la ligature au catgut. On cherchera toujours à savoir s'il s'agit d'une infection descendante par la bile, ce qui n'arrive guère sans calculs, ou bien d'une infection ascendante de provenance intestinale. Cette dernière hypothèse, impliquant *l'infection du cholédoque*, indique nettement la nécessité du drainage superficiel. Dans quelques cas, l'auteur a pratiqué simplement l'amputation du fond de la vésicule, laissant subsister une petite poche, dont il enlève par dissection la muqueuse et dans laquelle il fixe le tube à drainage qui de là pénètre bien dans le bout sectionné du canal cystique. Il obtient ainsi un drainage biliaire temporaire et conserve les bénéfices permanents de la cholécystectomie.

Traitant du drainage hépatique, c'est-à-dire de l'ouverture du canal commun et de l'introduction d'un drain dans le *canal hépatique*, l'auteur dit que ce procédé a des indications assez nombreuses, notamment, lorsque le canal cholédoque a dû être incisé pour l'ablation de calculs, mais qu'on devra toujours préférer le drainage par le canal cystique perméable, c'est-à-dire par les voies naturelles.

Dans toutes les opérations sur les canaux biliaires, suivant la technique de Robson, il fait placer un sac de sable sous le dos du patient, incise longitudinalement le muscle droit et divise sa moitié interne au niveau de l'arc costal. Si le canal cholédoque contient des calculs, on en saisit un entre le pouce et l'index et on s'en sert comme d'un guide, pour placer deux fils de sutures latéraux *en matelas*, c'est-à-dire parallèles, laissant entre eux un espace pour l'incision longitudinale et devant servir de tracteurs pendant tout le temps de l'opération. Leur partie pénétrante soulèvera donc les lèvres de l'incision qu'elle longe. Cette suture, dont une figure montre la disposition, est passée à *la Lembert* à travers les parois du conduit et dans le sens de sa longueur.

La blessure de la veine porte et de l'artère hépatique ne s'observe jamais dans une opération bien conduite. Mais l'artère cystique vient souvent de la pancréato-duodénale (Breiner) et peut être blessée; une grosse veine croise parfois aussi le canal et donne, à l'ouverture, une grande quantité de sang, laissant des doutes sur l'origine. Ces vaisseaux sont faciles à saisir et à lier. La recherche du canal au milieu des adhérences profondes est parfois impossible, l'anatomie de la région étant totalement changée. On aura recours alors à l'incision large de la vésicule, pour remonter de proche en proche jusqu'au canal commun.

L'obstruction du canal cholédoque reconnaît souvent pour cause la pancréatite chronique. On trouve alors la tête du pancréas considérablement hypertrophiée. M. Mayo a fait dans ces cas la *cholécystentérostomie*. Obligé parfois de recourir à une deuxième opération plusieurs mois après, il a pu constater que parfois le cours de la bile se rétablit par les voies naturelles, et alors la nature a fermé rapidement l'ouverture chirurgicale. Ailleurs, l'obstruction reste permanente, et l'orifice de communication a été trouvé trouvé en pleine activité.

Lorsque les calculs séjournent dans la partie

voisine de l'ampoule de Vater ou dans l'ampoule elle-même, il a fallu parfois ouvrir le duodenum pour pouvoir les extraire. Cette pratique est d'ailleurs recommandée par Mc. Burney. On suture ensuite le duodenum et on fait un drainage du conduit biliaire. En faisant de nombreuses opérations sur les voies biliaires, l'auteur a pu étudier le pouvoir de réparation des parois du conduit. Souvent la section a été complète, notamment, lorsqu'on a à enlever une vésicule très adhérente. La suture a toujours réussi, même lorsqu'après de grandes difficultés on est parvenu à faire un rapprochement bout à bout avec quelques points de suture. Mais il faut avoir soin dans ce cas de laisser un espace ouvert dans lequel on insinue un drain, chargé de prévenir toute tension. (Nous savons que les chirurgiens sont partagés sur cette question de la suture, et que la tendance actuelle est d'abandonner la réparation de l'ouverture a l'effort naturel).

Il existe des cas où les causes de l'obstruction du canal cholédoque sont au-dessus de nos ressources, soit qu'il y ait danger pour l'existence, soit qu'il s'agisse de tumeurs malignes de ce conduit. C'est à ces cas que s'applique la cholécystentérostomie, que la tumeur ait été enlevée, ou qu'elle demeure en place, on abouche l'intestin à la vésicule. On choisira de préférence le duodenum, mais, dans quelques cas, le côlon transverse a pu être avantageusement réuni à la vésicule avec le bouton de Murphy. Il ne paraît pas y avoir eu infection postérieure des voies biliaires du fait de ce voisinage. En tout cas, M. Mayo préfère, lorsque cela est nécessaire, faire l'anastomose avec le côlon transverse qu'avec l'estomac, ou une anse de jejunum (Mikulicz).

A. Benoit.

Les épanchements liquides dans la tunique vaginale et dans les hernies. Leur traitement par l'inversion du sujet, par M. Lucas-Championnière (*In journal de médecine*, 1094, 10e cahier). — L'auteur traite dans cet article un sujet important et assez mal connu. Nous ne savons pas bien, dit-il, pourquoi la grande cavité péritonéale qui, en règle générale, ne contient pas de liquides en excès, en contient tout à coup, sans qu'il y ait un processus inflammatoire violent qui ait motivé cette effusion. Ces épanchements ascitiques, chez l'adulte, comme chez l'enfant, porteur de hernie, descendent dans la tunique vaginale. Il se produit alors une incoercibilité de la hernie, jusque-là réductible. Or, tantôt les accidents sont passagers, tantôt beaucoup plus graves. Chez l'adulte, l'incoercibilité de la hernie, survenue rapidement, peut être le premier symptôme apparent d'une cirrhose. C'est toujours d'ailleurs, chez lui, l'indice de complications viscérales graves. Il n'en est pas de même chez l'enfant et l'on voit très fréquemment un peu de liquide péritonéal, de provenance mal définie, descendre dans la vaginale vide, ou distendue par une hernie. Pour peu que l'enfant vomisse, qu'il y ait arrêt plus ou moins bien constaté des matières et des gaz, on est tenté de croire à une hernie étranglée, alors qu'il n'y a parfois qu'une fausse hydrocèle, momentanément séparée de la cavité péritonéale par l'inflammation de l'épididyme et du cordon. Tel est un cas qu'il cite, dû au Dr Laporte, d'Ollioules. Plus l'enfant est jeune, moins il faut se hâter d'opérer, car l'issue de l'intervention, chez les sujets trop peu résistants, est loin d'être toujours favorable. Après avoir soigneusement constaté si la tumeur est *mate* et *transparente*, on essayera donc toujours le *traitement palliatif* suivant : mettre le jeune *sujet en inversion*, c'est-à-dire le maintenir la tête en bas, en le saisissant par les pieds. L'enfant est moins gêné que l'adulte par cette position et s'y prête assez facilement. Il y demeure d'autant mieux, que, s'il s'agit de *pseudo-étranglement*, la tumeur ne tarde pas à se détendre et les douleurs à disparaître. On interrompt d'ailleurs pendant un instant pour reprendre quelques minutes après, jusqu'à ce que tout rentre dans l'ordre. Même s'il y a étranglement réel, ce même moyen réussit encore et permet à l'enfant d'arriver à un âge où la cure radicale pourra être faite d'une façon plus favorable, sur des tissus mieux développés. L'accident par lui-même n'a donc aucune gravité. L'auteur pense d'ailleurs que l'on doit avoir d'autant plus recours à ce moyen palliatif que, jusqu'à dix-mois, le bandage n'a ni grande sécurité, ni grande efficacité.

A. Benoit.

L'ileus postopératoire et son traitement, par Benischek (*Med. Corresp.-Bl.*, 10 septembre 1904). — Il s'agit ici de l'ileus pur, mécanique et paralytique et non da celui qui constitue une complication de la péritonite septique et résiste à tout traitement. Après avoir rapporté deux cas personnels, l'auteur fait remarquer qu'il s'est abstenu dans les deux cas d'un traitement par l'atropine, traitement qui peut être considéré comme une faute dans l'ileus mécanique, car il masque les symptômes et rend difficile le diagnostic entre l'ileus paralytique et la péritonite avac phénomènes d'ileus. Pankow ne voit pas non plus un progrès dans le traitement par la physostigmine. Une tentative avec la strychnine serait mieux justifiée,

Le massage ne peut non plus détruire des adhérences dans un abdomen météorisé, il serait utile par contre après la cœliotomie en agissant par la voie rectale.

Suivant le conseil de Winternitz, on pourrait rouvrir l'abdomen et vider l'intestin distendu en l'incisant sur un ou plusieurs points. Mais d'après Fritch, cette opération secondaire ne donne le plus souvent aucun succès et l'issue fatale est très accélérée par la laparotomie.

Au point de vue de la prophylaxie de l'ileus après la laparotomie, il faut tenir compte de la courte durée de l'opération, des soins à donner à l'intestin en le manipulant avec beaucoup de précaution, le garantir contre le refroidissement. On ne donnera pas de purgatifs trop énergiques avant l'opération, on évitera une alimentation trop forte. Mais surtout il faudra procéder à l'hémostase complète du moignon et à la péritonisation de toutes les surfaces cruentées : on empêche ainsi les adhérences intestinales de se produire. La cautérisation du moignon prédispose à la formation d'adhérences avec l'intestin.

L'indication de la laparatomie secondaire n'est stricte que dans l'ileus mécanique. Si les symptômes sont manifestes, s'il se produit des vomissements fécaloïdes, il faut intervenir. Olshausen a bien vu un cas d'ileus avec vomissements stercoraux guérir sans opération, mais c'est là une grande exception. Au bout de trois ou quatre jours on a atteint la période dangereuse signalée par la gangrène intestinale et la péritonite secondaire.

L. Jumon.

Maladies des Voies digestives

Dr Soupault

Médecin des hôpitaux

La médication dialytique dans les affections de l'estomac (*Journal des praticiens*, 10 septembre 1904). — Le Pr Hayem a reconnu que les solutions salines exercent une action avantageuse sur les troubles dyspeptiques, et que ces solutions agissent en partie par leurs qualités physiques (médication dialytique). Les eaux minérales sont de composition trop complexe pour que l'on puisse les utiliser : l'auteur préfère cinq solutions, dont trois agissent surtout sur l'estomac, et deux sur l'intestin. Voici leurs formules :

1er groupe (action sur l'estomac).

1° Eau distillée.....	1	litre
Bicarbonate de soude.	2	grammes 50
Sulfate de soude.....	3	—
Chlorure de sodium..	1	—

2° Eau distillée.....	1	litre
Chlorure de sodium..	5	grammes
Sulfate de soude.....	3	—

3° Eau distillée.....	1	litre
Chlorure de sodium..	5	grammes
Phosphate de soude.	3	—

2e groupe (action sur l'intestin).

4° Eau distillée.....	1	litre
Chlorure de sodium..	3	grammes
Sulfate de soude.....	5	—

5° Eau distillée.....	1	litre
Chlorure de sodium..	5	grammes
Sulfate de soude.....	10	—

Le n° 1 convient en cas de gastrite parenchymateuse avec hyperpepsie : le matin à jeun, le malade prend en trois fois par quantités égales et à intervalles égaux (toutes les 20 min.) une certaine dose de la solution chauffée à 40°. On commence par 250 grammes le premier jour et on augmente chaque jour de 50 cc. jusqu'au demi-litre. Le premier repas peut être absorbé 20 minutes après la dernière prise : durée de la cure, 25 à 30 jours.

Quand il y a des symptômes de dilatation par atonie, on prépare le malade à la cure au moyen d'une alimentation restreinte et de lavages stomacaux. On s'en abstiendra en cas de tuberculose avancée, d'affections cardiaques mal compensées, de cancer.

Le n° 2 est pris, en général froid, le matin à jeun en une fois (200 à 250 cc.), une heure avant le premier repas, pendant 5 à 6 semaines. Cette solution est indiquée dans l'hypopepsie légère, l'hyperpepsie avec sécrétion faible, etc. Comme contre-indication, on ne trouve que l'hyperpepsie avec digestion prolongée.

Le n° 3 a les mêmes indications ; on le prescrira dans les cas d'hypopepsie intense ou d'apepsie : il convient surtout aux débilités. On pourra donner en même temps du kéfir aux repas.

Le n° 4 sera prescrit de la même façon que les nos 2 et 3 : on peut aller jusqu'à 300 et 400 cc. en deux ou trois fois. L'indication principale est la constipation ancienne, s'accompagnant ou non de crises douloureuses d'entérite muco-membraneuse. Ce traitement amène à la longue une réelle amélioration. Si le malade présente de l'entérocolite ou un gros foie, avec ou sans ictère, on chauffera la solution à 40°.

Le n° 5 est pris à la dose d'un demi-verre à jeun ; si cette dose est bien supportée, on la double en faisant prendre un deuxième demi-verre un quart d'heure après le premier. Mêmes indications que pour le n° 4.

Le n° 3 est le seul qui produise des effets laxatifs, mais ils sont légers.

Toutes ces solutions renferment du chlorure de sodium ; ce sel est ainsi fourni à l'organisme pour lui permettre d'augmenter sa teneur en produits chlorés de la sécrétion stomacale. S'il existe de l'hyperpepsie, le régime lacté ou le régime sans sel seront indiqués.

E. Vogt.

Le régime dans la lithiase biliaire, par Nic-Clemm (*Die Heilkunde*, août 1904). — Adoptant l'idée de Naunyn que les germes morbides ne se développent dans la vésicule que s'il y a stase biliaire, l'auteur place la prophylaxie et la thérapeutique dans le rétablissement de la sécrétion biliaire par une hygiène et une diète appropriée. Le régime sera surtout composé de corps gras bien choisis et de viandes. Les substances saponifiées jouent un grand rôle sur la composition de la bile et peuvent diminuer de volume et ramollir les calculs de cholestérine. A ce point de vue, on agira par le lait, la crème, le beurre, le jaune d'œuf, la graisse des viandes, le gras de jambon et du lard, et dans une plus faible proportion avec les huiles alimentaires.

Si les forces sont déprimées, l'huile de foie de morue sera à sa place, à condition qu'elle n'ait pas perdu les éléments les plus importants pour la saponification, les acides gras, à la suite d'une manipulation. D'un autre côté la cuisson, la friture font perdre leurs qualités à la graisse,

Il faut éviter aussi de donner les corps gras sous forme de mayonnaise. Clemm proscrit tous les aliments farineux cuits dans la graisse, les gâteaux et biscuits de toutes sortes.

Dans la cuisine destinée à cette catégorie de malades on ne devrait employer que le beurre qu'on ne peut remplacer par des graisses végétales qui ne lui correspondent pas.

En ce qui concerne le lait, on sait que le régime lacté exclusif, fort en faveur autrefois, fait non seulement passer complètement inaperçue l'influence favorable des graisses émulsionnées, mais a été considéré à tort ou à raison comme prédisposant directement à la formation de la lithiase biliaire après une fièvre typhoïde.

Avec la constipation, qui accompagne régulièrement la stase biliaire, le lait dépouillé par la cuisson de ses ferments lactiques naturels agit d'une façon défavorable et hâte la décomposition des matières intestinales par suite de la trop petite formation d'acide lactique. Aussi Clemm recommande de prendre du lait cru partout où se trouve une vacherie convenable et du lait caillé débarrassé d'une manière naturelle des germes pathogènes. Les besoins en hydrates de carbone sont satisfaits par des légumes verts, des pommes de terre, des fruits, du pain à croûte très cuite. Par leur haute proportion en sels de chaux et de fer, les fruits peuvent combattre la forte destruction de chaux observée dans le catarrhe lithogène et combattre aussi l'appauvrissement du sang en hémoglobine. Comme l'alcool n'exerce aucune influence sur la sécrétion biliaire, on peut user d'alcooliques légers.

Clemm attache une importance particulière à l'eau de boisson, car il connaît des cas dans lesquels les calculs étaient composés de silicates provenant de l'eau de boisson et de baryum dû à du chlorure de baryum absorbé, dans des eaux minérales.

Le régime saponifiant peut être aidé par l'emploi de savons, de l'oléate de soude, par des frictions au savon noir.

L. Jumon.

Maladies du système nerveux

Dr P. SAINTON

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine.

Tic douloureux de la face. Résections nerveuses, par R. Halmagrand (*Annales médico-chirurgicales du Centre*, 10 juillet 1904). — Obligé de pratiquer sur une malade atteinte de tic douloureux une série d'interventions, parmi lesquelles la section des nerfs dentaires supérieurs, il a été amené à employer pour celle-ci un procédé particulier dont voici les différents temps :

1° Section de la peau et des parties molles au ras du bord supérieur de l'apophyse zygomatique, incision s'étendant de la base du tragus jusqu'au tiers interne de l'os malaire de l'extrémité antérieure de cette incision, une autre de 4 centimètres environ dirigée en bas et en avant sous l'aile du nez;

2° Isolement de l'arcade et de l'apophyse externe du malaire, section du zygoma en dehors, et de la moitié externe du malaire avec la scie de Gigli.

La fosse ptérygomaxillaire largement ouverte peut alors être disséquée en prenant pour point de repère la boule de Bichat; puis les parties molles sont attirées en bas; l'apophyse ptérygoïde reconnue, une incision est alors faite avec un bistouri à résection piqué à la base et au niveau de cette apophyse, sur le périoste le

long de la partie supérieure de la voussure maxillaire jusque dans la concavité de l'os malaire. Le périoste et les parties molles qui contiennent les rameaux dentaires sont ruginés et ramenés aussi bas que possible vers le sillon labio-gingival. La cavité est bourrée par une forte mèche enfoncée très serrée jusqu'à l'apophyse ptérygoïde, ayant pour but de maintenir récliné le périoste et les parties molles et de faire l'hémostase; son extrémité sort par la commissure antérieure de l'incision. La plaie est suturée et fermée.

Cette malade avait subi antérieurement, après traitement médical infructueux, l'arrachement des nerfs maxillaire supérieur et inférieur du côté droit, puis la douleur s'étant localisée à gauche, la résection du nerf dentaire inférieur fut pratiquée, mais il y eut récidive, la résection du rebord alvéolaire fut faite, mais sans résultat. Depuis la dernière intervention, la malade ne souffre plus.

Comparé aux procédés aveugles de Schuel, et au procédé de Weber par voie sous-muqueuse, insuffisants, celui de l'auteur a le mérite d'être précis et bien réglé.

P. Sainton

Traitement des gastro-névroses organopathiques, par Hayem (*Journal de Médecine Interne*, 1er juillet 1904). — La crise gastrique doit être plutôt considérée comme manifestation des centres nerveux de la vie organique ou végétative, plutôt que des centres psychiques. Aussi la thérapeutique doit-elle s'adresser purement à l'état gastrique.

Ainsi chez un malade atteint d'ulcère de l'estomac, il ne faut point se laisser hypnotiser par les signes nerveux; s'il y a sténose pylorique, le traitement de l'ulcère est insuffisant, il faut arriver à la gastro-entérostomie. Les crises liées à la gastrite alcoolique disparaissent sous l'influence de la suppression de l'alcool suffisamment prolongée; l'usage du régime lacté, puis de soupe au lait et d'œufs les fait disparaître. Elles ont souvent de grandes analogies avec les crises tabétiques, quoique le pronostic soit opposé; les crises d'origine médicamenteuse cèderont rapidement avec la suppression de la cause, certains malades font un usage invraisemblable du bicarbonate de soude. D'autres fois, il y a des crises essentielles d'origine hyperpeptique, qui cèdent à des cures d'eau saline (Carlsbad). La gastroxie de Lépine et le gastroxynsis disparaissent par les vacances, elles surviennent chez les individus sédentaires, menant une vie intellectuelle. Les crises gastriques infantiles reconnaissent une gastropathie organique des plus certaines.

Dans la forme ptosique, la cure de repos et de suralimentation est un bon procédé; chez certains sujets atteints de néphroptose on voit le rein dans le décubitus dorsal reprendre peu à peu sa place normale, si le sujet engraisse il se produit une sorte de fixation des organes revenus à leur place normale. Les malades plus gravement atteintes doivent être traitées comme des dyspeptiques; l'important est de faire un diagnostic précoce, le port de la sangle de Glénard permet d'améliorer leur sort.

La forme spasmodique des gastro-névroses comprend l'aérophagie, les vomissements, le mérycisme. L'aérophagie simple succède à certaines gastrites et ne nécessite pas un traitement spécial; l'aérophagie écitante survenant chez des cérébrasthéniques et souvent chez des hystériques. Le traitement moral au début, puis l'isolement, l'hydrothérapie, les bains statiques, le séjour dans la montagne sont alors indiqués. Les vomissements nerveux disparaissent souvent sous l'influence de l'isolement. La neurasthénie des adolescents et des adultes, accompagnée de dyspepsie banale, bénéficient grandement de la cure d'altitude qui a l'avantage de favoriser les digestions, de faciliter la régénération du sang et de déterminer des poussées globulaires. Chez les jeunes filles, la médication ferrugineuse peut donner des résultats.

P. Sainton.

Pronostic actuel et thérapeutique nouvelle du tabès, par Maurice Faure (*Gazette des hôpitaux*, 14 juin 1904). — L'auteur fait, dans des considérations éminemment pratiques, remarquer très justement qu'il est irrationnel de vouloir opposer toujours au tabès une médication univoque; c'est une maladie dans laquelle il faut, à propos de chaque cas, faire la part de ce qui revient à la syphilis, au surmenage, à l'alcoolisme, à la grippe, etc. Certains cas vigoureusement traités par la médication mercurielle intensive sont brusquement enrayés. Cela veut-il dire qu'il faille faire des injections systématiquement à tous, aux sujets cachectiques à estomac délabré, auto-infectés? En aucune façon, car ces malades sont aggravés par un traitement intensif; la guérison d'un tabès n'est nullement en raison de la quantité d'iodure ou de mercure absorbé.

L'ataxie n'est pas toujours une maladie inévitablement progressive : la durée de la vie d'un tabétique est à peu près celle d'un homme normal. Si le pronostic actuel du tabès semble s'être amélioré, cela semble tenir surtout à ce que : 1° le diagnostic est précoce ; 2° parce que l'emploi du traitement iodo-mercuriel est pour

quelque chose dans l'atténuation de la maladie ; 3° parce que le tabétique se soigne comme un tuberculeux. Il économise sa vie. Aussi la direction médicale du tabétique doit-elle éviter à la fois de lui faire espérer une guérison complète et de le faire tomber dans un trop grand découragement, en lui montrant une évolution fatale. Il est nécessaire que le tabétique soit incessamment surveillé au point de vue du fonctionnement de l'intestin, de la vessie, de l'appareil circulatoire, les injections stimulantes et toniques, les analgésiques ont des indications temporaires. Il est également bon que le tabétique fasse de temps en temps, toutes affaires cessantes, une sorte de retraite thérapeutique dans un sanatorium où il sera soumis à une hygiène spéciale, à l'hydrothérapie thermale, à un entraînement méthodique des mouvements. L'unité de temps thérapeutique pour lui n'est ni le jour, ni la semaine, c'est l'année.

P. Sainton.

Les injections de bromure de calcium dans l'épilepsie (*Gazzetta ospedali e Cliniche*, n° 13, 1904). — T. Montagnini a essayé sur dix malades les injections de bromure de calcium, s'appuyant sur les recherches de Sabbatani qui a démontré l'action modératrice du calcium sur l'excitabilité corticale. Les épileptiques ainsi traités étaient très gravement atteints ; le traitement fut graduel et on injecta dans l'espace d'un mois 5 gr. 05 de bromure de calcium.

Mais, en dehors de la douleur provoquée par les injections, on n'enregistra aucun résultat appréciable et l'auteur dut renoncer à la cure. Des dix malades ainsi traitées, neuf eurent, soit pendant, soit après les injections, un plus grand nombre d'accès : dans un cas seulement les crises diminuèrent pendant le traitement, mais la malade mourut quinze jours après au cours d'un accès très grave.

On observa encore une augmentation de l'irritabilité des malades ; l'auteur croit en conséquence que le bromure de calcium par injections hypodermiques, toujours suivies d'infiltration très douloureuses et de nodosités, doit être abandonné dans le traitement de l'épilepsie.

A.-L. Percival.

Sur la valeur thérapeutique de la ponction lombaire dans la chorée (*Rivista di Clinica Pediatrica*, n° 7, 1904). — G. B. Allaria a pratiqué la ponction lombaire chez sept choréiques très graves âgés de 2 à 16 ans. Chez trois malades, le liquide sortit à gouttes, sans aucune pression ; ils ne ressentirent aucun avantage de la ponction. Chez les autres, la pression était très grande et le liquide sortit avec force à jet continu. Les résultats furent très bons dans trois de ces cas : chez une jeune fille de 16 ans on eut une amélioration rapide et évidente des mouvements choréiques ; deux heures après la ponction, la malade pouvait manger seule et dix jours après elle était complètement guérie. Dans les autres cas, on remarqua dans la journée une notable diminution des mouvements et la guérison fut obtenue en très peu de temps par la liqueur de Fowler et l'hydrothérapie.

L'auteur croit applicable aussi à la chorée la théorie de l'*hyperhydrose cérébrale* énoncée par Mya (de Florence) à propos du rachitisme et de la pneumonie à type cérébral. Les bons effets de la rachicentèse qu'on observe seulement dans les cas de chorée avec hyperhydrose, sont dus à la rapide décompression du l'encéphale, due à la soustraction d'une certaine quantité de liquide cérébro spinal. La soustraction de liquide en elle-même ainsi que la décompression, facilite l'élimination des substances toxiques qui irritent les zones motrices.

L'auteur estime qu'on doit pratiquer la ponction lombaire, très facile dans les enfants et sans aucun danger, dans tous lee cas de chorée, dès que les troubles de la mobilité sont tellement graves qu'ils mettent en danger la vie des petits malades.

A.-L. Percival.

Appareil pulmonaire
Cœur et Vaisseaux

Dr G. Lyon

Ex-chef de clinique à la Faculté de Médecine.

La thérapeutique cellulaire du sang (*Journal des praticiens*, 17 septembre 1904). — Chauffard rappelle que les différents éléments du sang peuvent être impressionnés par la thérapeutique et recevoir des médications employées une excitation salutaire. Les globules rouges sont spécialement influencés par le traitement ferrugineux dans la chlorose, par le mercure dans l'anémie syphilitique, etc. En outre, les agents physiques agissent sur les hématies, et parmi eux l'altitude surtout, qui provoque une hyperglobulie rapide, se produisant même au cours d'une ascension en ballon. Il semble vraiment exister une hypergénèse des globules, car les lapins auxquels on a enlevé la rate présentent dans une ascension en ballon un nombre de globules rouges moindres que les animaux témoins.

Les globules blancs sont influencés aussi spécialement par certaines médications. Les polynucléaires, dont le nombre accroit au cours de la plupart des maladies infectieuses, sont favorisés par l'action des injections sous-cutanées d'huile camphrée, d'éther, d'essence de térébenthine (abcès de fixation). L'acide cinnamique et les cinnamates, la digitale par voie sous-cutanée exercent la même action. Le bain froid, la saignée agissent encore de la même façon; le vésicatoire enfin provoque une hyperleucocytose dont les bénéfices sont malheureusement atténués par l'action irritante de la cantharide sur le rein, ce qui a fait abandonner ce topique.

D'autres remèdes agissent plutôt sur les lymphocytes : on peut citer à cet égard les injections de pilocarpine.

Ces mêmes éléments sont enfin influencés presque seuls par la médication iodée : on sait que cette médication agit surtout sur le système ganglionnaire, et que c'est dans les ganglions et dans la rate que se forment les lymphocytes, qui peuvent, avec la médication iodée, arriver au chiffre de 79 0/0, au lieu de 33 0/0, chiffre normal.

Ces actions spéciales sur les divers éléments du sang donnent la raison des succès thérapeutiques depuis longtemps enregistrés, mais dont la cause n'avait pu être discernée.

E. Vogt.

Le traitement des œdèmes des membres inférieurs des cardio-rénaux (*La méd. moderne* 7 septembre 1904). — Capitan recommande, pour obtenir une déplétion des œdèmes, au moyen du thermocautère, le procédé suivant :

On choisit d'abord sa place à peu près au milieu de chaque face du mollet : interne et externe. Alors on fait rougir au rouge sombre, soit la pointe fine et pointue du thermocautère, soit la pointe moyenne à extrémité mousse (celle qu'on emploie généralement pour faire les pointes de feu). Puis au point indiqué, bien perpendiculairement à la peau, on enfonce vivement la pointe choisie et on s'arrête au moment où on vient butter sur l'aponévrose ; on retire rapidement la pointe. Rarement il se produit d'hémorragie. Souvent il ne sort même aussitôt après que de la sérosité. Celle-ci à partir de ce moment coule constamment et en abondance, mouillant les linges dont on enveloppe les jambes, coulant souvent à terre.

Immédiatement, le malade est soulagé considérablement et ce mieux-être s'accentue par la suite. Le malade dégonfle, son cœur se remonte seul sans médicaments. Mais il perd ses forces du fait de cette saignée blanche constante. Puis les perforations se bouchent. Il faut en refaire et surtout deux sur chaque face. C'est une vraie résurrection pour le malade; mais ses jambes coulent sans cesse; il lui faut rester assis sur un fauteuil, les jambes enveloppées d'une forte épaisseur de linges aussi propres que possible. Il faut trois fois par jour au moins enlever tous les linges, laver soigneusement les jambes à l'eau boriquée, les enduire ensuite d'une bonne couche de vaseline et remettre des linges secs. Parfois, on peut ainsi éviter l'effet irritatif et septique de cette macération dans la sérosité; d'autres fois malgré tout, il se produit des érythèmes fort pénibles, de l'angioleucite, parfois un érythème érysipélatiforme ou même parfois de l'érysipèle. C'est pour cela que certains malades préfèrent avoir les jambes non enveloppées et coulant librement sous une couverture posée sur les genoux et tombant jusqu'à terre.

L'auteur a vu une seule fois un malade guérir définitivement de ses œdèmes à la suite de ce traitement. La plupart du temps, on est obligé de maintenir indéfiniment ces exutoires si l'on ne veut pas voir les œdèmes réapparaître à bref délai.

Reste donc la question de savoir s'il vaut mieux soulager grandement et prolonger ainsi le malade ou le laisser mourir en quelques jours. De cette dernière façon, on lui évite des semaines, parfois, des mois de lente agonie. Par la ponction, au contraire, on le conserve aux siens, on lui donne bien des jours assez calmes. En tous cas, c'est au thermocautère qu'il faudra avoir recours si l'on fait la ponction.

E. Vogt.

Le régime dans les cardiopathies chroniques, par Th. Schott (*Lancet*, 16 juillet 1904). — Les règles fondamentales relatives au régime dans les affections chroniques du cœur peuvent se résumer dans les deux suivantes : les malades doivent éviter tout ce qui excite l'action du cœur et d'autre part tout ce qui peut être un obstacle à la fonction cardiaque. Dans le premier cas, il faut placer le café ou le thé fort, les liqueurs alcooliques fortes. Les meilleures boissons sont de beaucoup l'eau ou le lait ; puis viennent le thé ou le café avec addition abondante de lait. Si les malades ont besoin d'aliments gras, ils peuvent prendre de la crème soit pure, soit mélangée avec du lait. On peut très bien recommander le cacao dépouillé de ses matières grasses. En ce qui concerne la seconde règle, les malades doivent éviter tout ce qui peut amener une distension plus ou moins considérable de l'estomac et ne doivent ingérer aucun aliment de digestion difficile ou capable

de produire de la flatulence. Les aliments de digestion difficile ou flatulents peuvent être dangereux de trois manières : Le diaphragme est refoulé du côté des poumons, de sorte que la respiration est difficile et qu'il se produit de la dyspnée. L'estomac distendu comprime le diaphragme du côté du cœur qu'il déplace dans la direction de sa base, ce qui augmente l'effort que le cœur doit produire dans son fonctionnement. Enfin la pression intra-abdominale augmente de la même manière et les vaisseaux abdominaux sont comprimés. Pour cette raison, les boissons gazeuses ne conviennent pas à ces malades. Ceux-ci ne doivent jamais manger jusqu'à éprouver une sensation de plénitude, ils prendront de petites quantités d'aliments à des intervalles plus rapprochés. Dans les affections cardiaques chroniques le régime doit toujours être mixte. Le tabac est généralement nuisible aux cardiaques. Il faut recommander l'exercice après les repas, mais en ayant soin de tenir compte de chaque cas particulier et de modifier le traitement suivant la nature des symptômes.

L. Jumon.

Sur la durée du traitement de l'hypertension artérielle dans l'artério-sclérose par la d'Arsonvalisation, par Moutier (*Soc. médico-chirurgicale de Paris*, 9 mai 1904). — La rapidité de l'abaissement de la pression obtenue par le traitement ne semble, en général, être en rapport ni avec la gravité, ni avec l'ancienneté de l'artério-sclérose, ni même avec le degré plus ou moins élevé de l'hypertension, mais elle semble être en rapport avec l'hygiène et surtout avec l'alimentation du malade.

Dans les cas ou l'auteur a observé un abaissement très rapide de la pression artérielle, il s'agissait la plupart du temps de malades atteints d'artério-sclérose de date ancienne, qui avaient été soumis à toutes les médications usitées, qui observaient un régime sévère, et chez lesquels on n'avait pu obtenir par tous ces moyens aucune diminution de la pression artérielle. Les malades chez lesquels l'auteur a observé un abaissement moyen de la pression au point de vue de la rapidité étaient des malades que l'on devait habituer en même temps au régime alimentaire ; quand l'abaissement était tardif on qu'on observait un arrêt de l'abaissement, il s'agissait de malades qui, pendant le cours du traitement, faisaient des écarts de régime.

Pour l'auteur, quand les malades se soumettent au régime approprié, on obtient dans l'artério-sclérose rapidement, par la d'Arsonvalisation, la disparition de l'hypertension artérielle ; on ramène la pression artérielle à la normale et cela, dans tous les cas. même dans ceux où on aurait employé auparavant et sans succès tous les autres traitements. Le nombre de séances maximum a été de 17, le minimum de 5.

E. Vogt.

Contribution au traitement des anévrismes de l'aorte, par C. Forlanini (*Gazzetta Medica Italiana*, n° 3, 1904). — Dans le traitement de l'anévrisme de l'aorte le médecin doit, d'après l'auteur, retarder la tendance continuelle à la dilatation de la poche, par la diminution de la tension sanguine et l'augmentation de la résistance des parois artérielles.

On a aujourd'hui presque complétement abandonné les méthodes qui tendaient à la diminution de la pression (saignées, diète particulière, immobilité), on a recours plutôt aux méthodes consistant à favoriser le dépôt de couches fibrineuses à l'intérieur du sac. On a dans ce but proposé les injections de gélatine auxquelles on attribue une augmentation du pouvoir coagulant du sang; les résultats, qui sont parfois très manifestes tout de suite après le commencement du traitement, ne sont pas malheureusement constants et presque toujours très fugaces.

L'auteur a eu l'occasion de soigner deux cas d'anévrismes, dont l'un présentait une notable augmentation de la pression avec lésion des artères périphériques. Dans un cas, il fit prendre de la gélatine et du vératrum viride, qui est le meilleur hypotenseur, dans l'autre, de la gélatine et de l'iodure.

L'abaissement considérable de la pression obtenu chez le premier malade le décida à supprimer dans les deux cas tout médicament, excepté la gélatine.

Il observa alors que celle-ci, soit par voie buccale, soit par voie hypodermique, abaisse rapidement la tension artérielle, si celle-ci est pathologiquement élevée. Le traitement fut continué avec grand avantage par le malade hypertendu, sans aucun avantage pour l'autre. La raison de cette différence des résultats est précisément dans les effets hypotenseurs de la gélatine.

A.-L. Percival.

Maladies vénériennes
Maladies de la Peau

Dr MOREL-LAVALLÉE

Médecin des Hôpitaux.

Les types d'eczéma et leur traitement, par Norman Meachen (*Treatment*, septembre 1904). — Un des caractères de l'eczéma est la multi-

plicité de ses formes dont l'aspect clinique dépend du caractère dominant de la lésion dans chaque cas. Au point de vue pratique, l'auteur passe en revue les formes suivantes :

Eczéma érythémateux très commun sur la face, le cou et les mains. Il comprend l'érythème intertrigo des enfants, l'érythème du scrotum, des fesses, etc. L'oxyde de zinc, l'eau de Goulard, les solutions faibles d'ichthyol ou les compresses d'eau boriquée froide calmant l'irritation si fréquente dont se plaignent ces malades.

L'oléo-palmitate de zinc est plus utile que l'application simple de la poudre. La plus grande propreté est de rigueur dans l'intertrigo des enfants. Après une lotion faite de créoline, on saupoudre avec de l'oxyde de zinc ou du sous-nitrate de bismuth. On doit, en général, éviter le savon et employer à la place du son ou de la farine fine d'avoine.

L'*eczéma papuleux* se voit en général sur le côté de la flexion des membres et du tronc. La réunion des papules donne lieu à la plaque d'eczéma, Il y a souvent des lésions secondaires de grattage, des excoriations, car cette variété est très irritable.

On fera des lotions astringentes et antiseptiques, des applications de pommade par parties égales d'onguent de zinc et d'onguent de plomb avec la lanoline. Intérieurement, le malade prendra du sulfate de magnésie et on surveillera tous les troubles gastriques.

L'*eczéma vésiculeux* apparaît surtout aux doigts, sur les mains et la surface de flexion des membres. Les vésicules donnent lieu à une exsudation de liquide parfois assez intense; c'est alors la variété dite *eczéma humide*. Ici l'auteur préconise avant tout les laxatifs, l'influence de l'état du tube digestif sur les troubles cutanés étant souvent très appréciable. Chez les enfants, on donnera de petites doses d'hydrargyre *cum creta*; chez l'adulte, des sels d'Epsom ou du calomel. Comme application locale, les poudres astringentes sont utiles pour arrêter l'exsudation, mais il en résulte une croûte qui exige des bains soigneux, de sorte que beaucoup préfèrent des lotions ou des pommades.

La pâte de Lassar, moins l'acide salicylique, est très utile comme calmant et astringent pour prévenir l'exsudation.

L'*eczéma crustacé* qui succède aux variétés pustuleuses et vésiculeuses atteint principalement la face, le cuir chevelu, la barbe; on le traitera par des lotions avec une solution faible de créoline, et pour enlever les croûtes un peu épaisses, on appliquera des cataplasmes boriqués d'amidon, plus tard par la pommade à l'oxyde de zinc.

L'*eczéma squameux* prend quelquefois l'aspect du psoriasis, il siège de préférence sur le cou, les joues, les commissures buccales, les mains et les pieds. Comme traitement, l'auteur recommande des lotions d'eau de goudron, de créoline, une pommade au précipité blanc; enfin, lorsque les squames sont abondantes, on appliquera une pommade à l'acide salicylique de 0 gr. 30 à 2 grammes par 30 grammes.

L'*eczéma variqueux* est un type à part dans lequel se combinent les types précédents; son étiologie spéciale en fait une variété spéciale. Avant de procéder à l'opération sur les veines, l'auteur conseille d'abord de traiter l'eczéma aussi rapidement que possible. Dans le stade aigu, on fera des lotions de carbonate de zinc additionné d'un peu de créoline. L'emploi des crêpes élastiques est de beaucoup préférable aux bas de caoutchouc. Lorsque l'inflammation est tombée, on fait des pansements de gélatine à l'oxyde de zinc, à laquelle on peut ajouter 1 à 3 0/0 d'ichthyol. La gélatine peut encore être dissoute dans l'eau et appliqué tout autour de la jambe. La peau doit être aseptique autant que possible avant l'application de la gélatine et dans ce but on peut employer une solution faible de lysol à 1 0/0.

L'*eczéma professionnel* atteint les photographes, les droguistes, etc., aux doigts et aux mains. Il est, en général, du type vésiculeux. Le diagnostic doit être fait avec la gale et la syphilis. Pour le guérir, on doit surtout chercher à supprimer la cause. Le traitement proprement dit ne diffère pas de celui des autres formes.

L'*eczéma accompagné de fissures* exige d'abord des applications calmantes, puis des bains d'acide phénique faible, des applications de pommade salicylée.

Dans l'*eczéma chronique*, il faut stimuler la formation d'un épiderme jeune. Au début, pommade composée d'acide phénique et d'acide salicylique, puis appliquer des emplâtres salicylés.

L'*eczéma goutteux* ne diffère pas foncièrement des autres formes. Ce type est surtout influencé par le régime; on agira aussi sur l'intestin et sur les reins. Enfin, l'auteur se réserve de parler plus tard de l'acné séborrhéique.

L. Jumon.

Emploi interne de l'ichthyol dans trois cas de mycosis fongoïde, par Menahem Hodara (*Journ. des mal. cutanées*, août 1904). — L'auteur débute par l'observation d'une malade atteinte

d'érythrodermie généralisée avec des démangeaisons horribles; sur presque tout le corps il y avait de grandes nappes rouges, et par places des tumeurs mycosiques plus ou moins volumineuses, quelques-unes de la grandeur d'une demi-orange ou plus, en partie ulcérées : tout le tableau d'un mycosis fongoïde typique.

L'ichthyol administré à l'intérieur en capsules de 0 gr. 50 à 1 gr. 50 par jour a donné des résultats tout à fait satisfaisants.

Depuis 5 ans que l'auteur observe cette malade, elle a pris pendant 2 ans presque continuellement de l'ichthyol et depuis lors, elle en prend par intervalles, pendant les étés, 2 a 3 mois par an. Les parties érythrodermiques, infiltrées, et les tumeurs mycosiques ont tout à fait rétrogradé et disparu, et depuis lors les poussées d'érythrodermie et le prurit sont devenus chaque année pendant l'été de plus en plus faibles et plus localisés et actuellement sont sont tout a fait insignifiants.

Dans un second cas, il s'agissait d'un homme âgé de 40 ans, atteint de la forme circonscrite de mycosis, siégeant aux parties latérales du cou, des deux côtés.

Le traitement consiste en administration interne d'ichthyol (0 gr. 50 à 1 gramme par jour), et injections de cacodylate (0 gr. 05 à 0 gr. 20 par jour).

L'amélioration fut très rapide. Dans l'espace de 2 mois, les tumeurs mycosiques du cou, et un placard épais du thorax disparurent presque et le prurit cessa.

Dans ce cas, l'auteur a dû administrer en même temps que l'ichthyol des injections de cacodylate sur l'insistance du malade.

Un 3e cas de mycosis fongoïde fut traité par l'ichthyol. Il s'agissait d'un sujet de 65 ans, atteint depuis quelques mois d'eczéma séborrhéique typique, mais avec prurit très violent : les placards étaient par places un peu plus épais qu'ils ne le sont d'ordinaire dans l'eczéma séborrhéique. L'administration d'un traitement contre l'eczéma séborrhérique à base de médicaments réducteurs et de goudron, etc., améliora l'eczéma du cuir chevelu, mais le malade continuait à se plaindre de démangeaisons très violentes, qui l'empêchaient de dormir : les placards eczémateux des bras et des cuisses, etc., ne voulaient pas guérir. Il y avait des placards rouges infiltrés, qui commençaient à s'épaissir de plus en plus et à prendre l'aspect lichénoïde. L'administration de pilules asiatiques et d'injections de cacodylate, pendant deux mois, ne donna aucun résultat satisfaisant.

Soupçonnant alors le mycosis, l'auteur donna l'ichthyol à la dose de 0 gr. 50 à 1 gr. par jour. Après deux mois il y avait une grande amélioration et régression des placards eczémateux; le prurit est très considérablement diminué, le malade continue toujours l'ichthyol.

Il est vrai que dans le mycosis fongoïde il y a des régressions et des guérisons spontanées: mais les bons résultats obtenus par l'ichthyol dans 3 cas de mycosis fongoïde méritent d'être signalés.

E. Vogt.

Des adénites vénériennes et des adénites tuberculeuses et de leur traitement (*Journ. des mal. cut.*, août 1904). — Nous retiendrons du travail de l'auteur, qui a observé de nombreux cas d'adénite, quelques indications thérapeutiques.

Auparavant, le bubon chancrelleux suppuré était traité par l'auteur par une incision parallèle à l'arcade; avec expression du contenu liquide et cautérisation légère au thermocautère de la coque ganglionnaire; le bubon continuait à suppurer, le bacille de Ducrey à proliférer et souvent, malgré des curettages intraglandulaires pratiqués de dedans en dehors, la suppuration persistait durant des mois, laissant une cicatrice indélébile et profondément adhérente.

Actuellement, l'auteur procède à une énucléation monolatérale; injection de cocaïne au 1 0/0 parallèlement à l'arcade, incision suivant la ligne d'anesthésie, relèvement de la lèvre supérieure, énucléation au moyen des doigts, ou, à la rigueur, avec des ciseaux mousses fermés, du groupe ganglionnaire (souvent compact et fusionné, malgré son mamelonnement); on arrive ainsi au pédicule, en s'aidant s'il le faut de quelques injections latérales de cocaïne pour atténuer la douleur et, lentement, prudemment, on déchire les vaisseaux du pédicule et les tractus fibreux qui le composent; la douleur est plutôt massive qu'aiguë; les opérés l'ont tous bien supportée. La plaie est large, admettrait une mandarine; peu d'hémorragie consécutive, pas de ligature à placer; on peut tenter la réunion par première intention si les ganglions n'ont pas été ouverts dans l'intervention, mais il est plus prudent de faire un drainage ou un Mikulicz léger; si, durant l'énucléation, les ganglions distendus se sont crevés, on fait, avant de poursuivre, une toilette rapide de la plaie, on exprime tout le pus et l'on continue; l'énucléation terminée, il est bon de cautériser légèrement les bords et les parois avec du chlorure de zinc au 100e.

Au deuxième jour, un premier pansement est obligatoire; pas d'injection, toilette à la

gaze aseptique et légère cautérisation au chlorure de zinc, puis, tous les quatre jours, même pansement. La guérison se fait vers le 30e jour après avoir laissé bourgeonner librement la plaie sous le Mikulicz; la cicatrice est déprimée, la peau indurée tout autour durant un mois ou deux, les mouvements souples.

La toilette chirurgicale des bubons chancrelleux de l'aine, est à la portée de la plupart des praticiens.

Pour les ganglions syphilitiques, quel que soit leur volume, ils doivent toujours être respectés parce qu'ils ne sont ni une gêne, ni une menace, contractent peu d'adhérences, ne suppurent pas et ne peuvent entraîner d'accidents.

Lorsque les adénites syphilitiques suppurent, c'est qu'il s'y surajoute des éléments infectieux secondaires; on pratiquera, dans ce cas, l'incision avec curettage ou l'énucléation pour obtenir une réunion rapide.

En cas d'adénopathies mixtes tuberculeuses et syphilitiques, il y a lieu de s'abstenir de toute intervention chirurgicale, de tout curettage : on constituera un traitement spécifique par les injections de sels insolubles ou les frictions, et un traitement externe par les douches salées et les bains avec eaux-mères: les iodures alcalins, la pommade aux eaux-mères en frictions, seront d'utiles adjuvants.

Quant aux adénites tuberculeuses, quel que soit leur siège (aisselles, cou, pli de l'aine) et leur origine, elles devront être toujours énucléées radicalement; si elles sont fistuleuses, on les désinfectera d'abord (injections détersives), on les libèrera ensuite par l'énucléation: dans aucun cas, on ne les curettera, de peur de complications méningitiques.

E. Vogt.

Sur le traitement du lupus, par Quenstedt (*Münch med. Woch.*, 13 septembre 1904). — Les nouvelles découvertes dans le domaine de la photothérapie ont ouvert une nouvelle voie au traitement du lupus, mais l'expérience a montré que les résultats s'obtiennent non par une seule méthode de traitement, mais par une combinaison de plusieurs modes. A côté des anciennes méthodes, par les moyens mécaniques et les caustiques, sont venus se placer le traitement de Finsen, par les rayons chimiques de la lumière, le traitement par les rayons X, le radium et les substances fluorescentes, enfin, le traitement par la tuberculine et par les substances (albumoses) pyrétogènes.

Le traitement par les rayons X et le radium, par les albumoses, n'est pas employé à la clinique, on emploie rarement aussi la tuberculine, car on n'a jamais obtenu de guérisons complètes. Par contre, les autres méthodes ont donné de bons résultats.

Les rayons actifs du spectre possédant des propriétés bactéricides, sont les rayons bleu-violet et ultra-violets. Ces derniers n'interviennent pas pour le traitement, car ils ont une action profonde trop faible. Les rayons lumineux ne possèdent d'action bactéricide certaine que jusqu'à 1 mill. 2 de profondeur, l'action cesse complètement à 4 mill. 5; lorsque les parties à soigner ne sont pas exsangues, l'action profonde est encore plus faible.

Les résultats cosmétiques du traitement de Finsen sont excellents. Le nombre des séances, qui dure chaque fois 75 minutes, varie de 29 à 470. 94 0/0 des cas ont été influencés favorablement. Ces bons résultats ne peuvent pas s'obtenir aussi bien avec des lampes à bon marché, comme la lampe à arc de fer, car l'action profonde est encore plus faible. L'action des rayons s'exerce non seulement sur les bactéries, mais sur les cellules des tissus. La formation de granulations se fait mieux sous l'influence des rayons.

Le traitement par les substances fluorescentes (sensibilisantes) est beaucoup moins coûteux que la méthode de Finsen. L'action photodynamique des substances fluorescentes repose surtout sur l'absorption de certains rayons et sur la faculté de l'éosine de former de l'oxygène à activité persistante, en présence d'un excès de corps oxydables.

Pour obtenir une action profonde on injecte sans inconvénient sous la peau de l'érythrosine et de l'éosine. Les solutions sont employées à concentrations de 0,01 à 0,10 0/0. Les parties lupiques sont badigeonnées une fois par jour avec cette solution, puis exposées à la lumière du soleil ou à la lumière diffuse du jour. La nuit, les malades portent un pansement à l'acétate d'alumine, on applique une pommade non irritante. Il faut faire en sorte de ne pas employer de solutions trop fortes et qu'il ne se forme pas des croûtes imbibées d'éosine, car tous les rayons seraient absorbés. Sous l'influence de ce traitement les granulations se forment activement. On peut d'ailleurs suivre les progrès de la guérison sur les bords. Les observations sont encore trop récentes pour savoir si la guérison est permanente.

L. Jumon.

Le traitement du rhumatisme gonorrhoïque par les injections d'iodipine, par Schuster (*Journal des mal. cutanées*, août 1904). — L'auteur recommande de se servir d'aiguilles et de

seringues parfaitement stérilisées. Il faut avoir soin d'avoir de l'iodipine d'un jaune clair. L'auteur évite de se servir d'iodipine brunâtre ou noirâtre; elle contient probablement de l'iode à l'état libre, et elle peut causer des douleurs ou même de la fièvre. En cas de douleurs après l'injection, des compresses avec de la glace les suppriment assez vite.

Chez un malade assez sensible, l'injection sous-cutanée au-dessus du poignet avait laissé une enflure et douleur assez vives pour qu'il se refusât à une seconde injection. Il faut, dans ces cas, attendre trois ou quatre jours, pour faire la 2e injection. On peut d'ailleurs insensibiliser la peau avant la piqûre avec le chloréthyle. En cas d'arthrite du genou, quand il y a une vraie hydrarthrose prête pour la ponction, on réussira souvent avec les injections sous-cutanées répétées. Pour être sûr de ne pas injecter dans la cavité de la jointure, puisqu'il est quelquefois difficile d'enlever la peau de la capsule, on éloigne la seringue de l'aiguille avant d'injecter et, si l'on a percé la capsule, la synovie sort de l'aiguille. L'auteur n'a jamais injecté de l'iodipine dans la jointure même; il a vu disparaître de cette manière des hydrarthroses énormes aussi bien rhumatismales que pseudo-rhumatismales (gonorrhéiques), là où les malades refusaient la ponction.

E. Vogt.

Traitement de la trichophytie circinée du cuir chevelu (kérion celsi), par Brocq (*Journ. de méd. et de chir. pratiques*, 10 septembre 1904). — Cette forme évolue assez vite et guérit beaucoup plus rapidement que la trichophytie ordinaire; mais, tandis que cette dernière finit par guérir, sans amener de dépilation et sans cicatrice, le kérion détermine une cicatrice sur laquelle le cheveu ne repoussera pas. Il n'est pas rare de voir ces cicatrices prises plus tard pour des plaques de pelade.

La lésion étant presque toujours enflammée, il faut commencer, après avoir épilé, par calmer l'irritation au moyen de cataplasmes et de pommade boriquée et panser ensuite avec des compresses imbibées de la solution suivante :

Iode.....	1	gramme
Iodure de potassium.	4	grammes
Eau.....	1.000	—

Us. ext.

On peut rendre la solution plus active en réduisant l'eau à 500 ou même 250 grammes. Quand il y a de petites collections purulentes qui ne s'ouvrent pas, il faut faire de petites ouvertures avec le galvano ou le thermo-cautère.

L'alopécie est irrémédiable, mais elle est variable dans son étendue et d'autant moindre que l'affection aura été traitée plus tôt et avec plus de soin.

E. Vogt.

Sur le traitement mercuriel de la lèpre, par De Luca (*Volume in Onore d. A. Scarenzio. Milano. tipog. Operai*, 1904). — On a recherché dans sept cas de lèpre tuberculeuse, nerveuse et mixte, l'action thérapeutique du mercure employé sous forme d'injections intra-musculaires de calomel et d'injections intra-veineuses de sublimé. On a constaté d'excellents effets de ces traitements qui amenèrent une guérison rapide et complète des ulcérations lépreuses : cette guérison fut toutefois suivie d'une rechute, plus ou moins retardée, dans presque tous les cas. On enregistra une amélioration moins évidente mais certaine des altérations de sensibilité chez les deux malades atteints de lèpre nerveuse. La cure n'eut pas d'action sur les lépromes non ulcérés.

Le traitement mercuriel, en même temps que les soins hygiéniques et diététiques, améliora de beaucoup l'état général des malades, et fut toujours très bien supporté.

Les injections intra-musculaires de calomel surtout ont une action rapide sur la cicatrisation définitive des ulcérations. Des malades traités, aucun n'a guéri d'une façon complète et durable. L'auteur pense qu'on ne peut attribuer ce fait à une impuissance réelle de médicament, mais plutôt à l'interruption du traitement : il y a lieu de reprendre ces recherches, surtout en continuant pendant longtemps les injections.

A.-L. Percival.

Maladies des Voies urinaires

Dr CHEVALIER

Chirurgien des hôpitaux

Ancien Chef de clinique de la Faculté.

Le traitement des albuminuries, par Huchard et Fiessinger (*Journal des praticiens*, nos 35 et 36 1904). — Le traitement des néphrites sera toujours beaucoup plus hygiénique que médicamenteux chez les enfants : du reste, le pronostic est en général bénin, car même en cas d'origine infectieuse, l'inflammation peut rester

indéfiniment latente. Dans les cas d'albuminerie liée à un trouble de nutrition, le danger n'est pas grand ou reculé à l'âge adulte. Un collégien, par exemple, pourra continuer ses classes, s'il évite les refroidissements et les fatigues.

Si l'albuminurie est d'origine hépatique, les alcalins et les laxatifs sont indiqués : si elle est d'origine intestinale, on recommandera les laxatifs, les farineux, la diminution du lait. Si l'origine est plus spécialement gastrique, régime lacto-végétarien, hydrothérapie tiède.

Chez les jeunes gens et les adultes, la tuberculose et la syphilis viennent se ranger parmi les causes de l'albuminurie : en cas d'origine syphilitique, il faudra, dans les cas graves, être prudent avec le traitement spécifique, commencer par de faibles doses (0 gr. 40 à 0 gr. 50) d'iodure de potassium, et ne monter que peu à peu à 3 et 6 grammes. Le traitement mercuriel consistera en frictions ou en injections de lactate ou benzoate de mercure (0 gr. 01 à 0 gr. 02). En outre, régime lacté exclusif. Même prudence dans l'administration du mercure si l'on a affaire à un scléreux rénal qui est en même temps un ancien syphilitique : on fera mieux de recourir au traitement de l'artério-sclérose (régime lacto-végétarien), car prescrire en pareil cas du mercure, alors que la syphilis s'est peut-être contentée de provoquer une sénilité anticipée chez le malade, serait une grosse imprudence.

Chez l'adulte existent en outre plus spécialement des albuminuries toxiques, par *poisons exogènes*, pour lesquelles l'indication première est la suppression du poison.

Les albuminuries par *poisons endogènes* sont de même plus fréquentes chez l'adulte. Dans le diabète, par exemple, on peut distinguer deux formes : fonctionnelle et organique. Dans la première, c'est le diabète seul qu'on traitera, dans la seconde, on traitera à la fois l'albuminurie et le diabète. Dans le premier cas, la présence d'albumine n'est pas une contre-indication aux traitements antidiabétiques (par ex. antipyrine).

Dans le second cas, le régime antidiabétique carné peut devenir dangereux et augmenter la dyspnée, on ordonnera donc le lait, les végétaux, les œufs et la réduction des chlorures. Comme médicament, l'arséniate de soude (4 à 5 grammes par jour) donne d'excellents résultats dans ces conditions, aidé du bicarbonate de soude (eau de Vichy, par ex.).

L'albuminurie goutteuse présente les deux mêmes formes : dans la première, on défendra le lait qui augmente les fermentations intestinales, et le régime carné est dangereux, les viandes noires plus que les blanches; les alcooliques sont nuisibles, mais tous les légumes, même l'oseille et la tomate, indiqués. L'albuminerie cyclique des enfants se transformant souvent en lésions irrémédiables chez l'adulte, il faut mettre en garde l'enfant contre les dangers de la suralimentation, carnée surtout.

L'albuminerie cardiaque se rencontre aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte, précoce ou tardive. La première est justiciable de la théobromine, la seconde, de la digitaline : cette dernière, si la musculature cardiaque est fortement altérée, sera donnée à doses très faibles (5 gouttes de la solution à 1 0/00, dix jours de suite).

Les albuminuries d'origine nerveuse peuvent égarer le praticien : un épileptique par exemple présente de l'albuminurie, celle-ci peut être due à la crise, et disparaître quelques jours après, ou être significative d'une néphro-sclérose qui a produit une crise d'urémie épileptiforme. Dans le premier cas, il n'y a pas lieu d'intervenir. L'albuminurie des neurasténiques, due à des troubles hépatiques ou dyspeptiques concomitants, cédera à l'emploi des douches tièdes (3 à 5 minutes de durée).

L'albuminerie de la cinquantaine, avec bruit de galop et pouls serré et dur, doit attirer l'attention. On prescrira le régime lacto-végérien et la théobromine (0 gr. 50, 2 à 3 fois par jour), de très faibles doses de digitaline. On continuera pendant des mois. Le bouillon de rein de porc (macération à température basse pendant quelques heures d'un rein de porc dans de l'eau salée à 7 0/00), a donné aux auteurs des résultats discordants dus sans doute à la difficulté d'obtenir une préparation active.

E. Vogt.

Pharmacologie

Dr E. VOGT.

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

L'acide phosphorique, par Cautru (*La Presse médicale*, 14 septembre 1904). — L'auteur prescrit d'habitude l'acide phosphorique officiinal, qui contient 36, 4 0/0 en poids d'acide phosphorique anhydre (1 gramme donne environ 15 gouttes). Ce corps est à tort considéré comme toxique : les expériences faites par l'auteur sur divers animaux démontrent que même des doses très élevées ne provoquent aucune stéatose

du foie. Un chien phosphorisé, soumis à l'infection tuberculeuse, a mieux résisté qu'un chien témoin non phosphorisé.

Le médicament peut toutefois, provoquer des brûlures dans des estomacs délicats, comme tous les acides forts; lorsque ces brûlures se montrent de suite après l'injection, il suffira de diluer fortement l'acide pour les voir disparaître. Si les brûlures apparaissent une à deux heures après le repas, on les combattra par l'ingestion d'alcalins insolubles. Il peut, dans certains cas, en solution trop concentrée, provoquer de l'entérite glaireuse ; enfin chez quelques rares sujets, il provoque une sorte d'ivresse ou des vertiges. Il provoque aussi assez souvent, au début de son emploi, des poussées aiguës de l'affection chronique qu'on lui demande de guérir. Chez d'anciens syphilitiques il peut amener une série d'éruptions secondaires, alors qu'il n'y en avait pas trace auparavant. Chez les goutteux chroniques, on le donnera à très petites doses, pour ne pas réveiller la diathèse.

Comme dose, l'auteur ne dépasse pas 30 à 60 gouttes par jour, et il commence toujours par des doses faibles. L'acide phosphorique donne surtout de bons résultats dans les maladies s'accompagnant de déminéralisation avec hypoacidité urinaire ou même hyperacidité de fermentation. Dans les états neurasthéniques, le médicament est tout indiqué; dans les troubles de la grossesse, dans la chlorose, il en est de même. Chez les arthritiques, beaucoup plus souvent hypoacides qu'on ne le croit, on le prescrira avec succès à condition de surveiller les urines, chaque fois que ces malades sont déphosphatés : ces remarques s'appliquent aussi aux diabétiques. Le rhumatisme chronique, la polyarthrite déformante, donnent souvent de surprenants résultats, de même que certains dermatoses : (eczémas, acné chronique, psoriasis, etc.). Dans les états cachectiques, dans les grandes intoxications, dans les convalescences de maladies aiguës, l'anémie des pays chauds, l'acide agit parfois très bien. Dans l'hyperchlorhydrie, il agit localement en retardant la sécrétion chlorhydrique; dans l'hypochlorhydrie, il remplace HCl diminué ou absent: il empêche les fermentations acides anormales de se produire, en activant les digestions et en facilitant les sécrétions pancréatico-duodénales. On peut contrôler cette action en constatant la baisse de l'acidité urinaire chez les hyperacides par fermentations gastro-intestinales.

E. Vogt.

Sur l'emploi et les effets du cacodylate de soude (*Policlinico, Sez. prat.*, Anno XI., fasc. III, 1904. — Rem-Picci après avoir rapidement passé en revue les travaux publiés sur les cacodylates et sur leur action thérapeutique, relate les résultats qu'il a obtenu sur 17 malades qui ont pris le médicament soit par la bouche, soit par injections hypodermiques.

Les effets ont été très bons dans l'anémie simple essentielle (5 cas), douteux dans la chlorose (2 cas), assez bons dans la tuberculose pulmonaire non avancée (6 cas), négatifs dans deux cas de tuberculose des séreuses, dans un cas de maladie de Basedow et dans un cas de leucémie spléno-médullaire.

L'auteur arrive aux conclusions suivantes :

L'action utile du cacodylate de soude est très évidente dans les cas d'anémie simple. Dans la tuberculose pulmonaire, au commencement, le médicament a une action très marquée sur l'état général du malade, mais n'a pas d'action spécifique sur le processus local. Bien que l'administration du cacodylate par voie buccale ne produise pas de graves inconvénients, il préfère les injections hypodermiques. Il n'est pas indispensable de donner le médicament aux repas : le traitement peut être continué longtemps sans danger.

A.-L. Percival.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Nocivité des huitres. — C'est en Amérique et en Angleterre que semble avoir été soulevée la question de la nocivité des huîtres, accusées, entre autres, de transmettre la fièvre typhoïde. En 1896, M. Chantemesse attira l'attention de l'Académie sur la transmission possible du bacille d'Eberth par les huîtres. Citons encore un rapport de M. Cornil à l'Académie et un autre de M. Mosny au Comité consultatif d'hygiène. Les conclusions de ces différents travaux, amplifiées par la presse politique, avaient jeté un discrédit sur les huîtres et causé préjudice au commerce.

Le ministre de la marine a voulu avoir l'avis

du Comité consultatif des pêches maritimes. Celui-ci a chargé M. le Pr A. Giard du rapport qui a été publié dans le *Journal officiel* du 28 juillet. Voici les conclusions de ce rapport élaboré avec le plus grand soin :

1° L'huître, dans ses conditions normales d'existence, n'est malsaine en aucune saison (pas même à l'époque du frai) ;

2° Les maladies microbiennes de l'huître ne sont pas transmissibles à l'homme. Ces maladies sont rares, d'ailleurs, et inconnues dans la plupart de nos établissements ostréicoles ;

3° Les huîtres draguées au large et sur les bancs naturels sont à l'abri de toute contamination. Elles peuvent, dans certains cas, devenir impropres à la consommation, mais ne constituent pas un danger pour la santé publique ;

4° La transmission du bacille d'Eberth (bacille de la fièvre typhoïde) par les huîtres est chose possible ; mais les cas bien démontrés sont excessivement rares. Ils exigent un concours de circonstances tout à fait exceptionnel ;

5° Les établissements de production de naissain, par leur nature même, sont à l'abri de toute suspicion ;

6° Il convient de distinguer parmi les parcs ; 1° les parcs d'étalage ; 2° les parcs d'engraissement ; 3° les parcs d'expédition ;

7° Les parcs d'étalages sont peu nombreux et faciles à surveiller et à déplacer au cas où ils pourraient devenir insalubres. On n'a pu, d'ailleurs, les incriminer sérieusement ;

8° Les parcs d'engraissement, pour remplir le but que se propose l'ostréiculteur, doivent être placés dans des conditions parfois suspectes en apparence, mais qui excluent forcément une contamination permanente ;

9° Les parcs d'expédition seuls exigent une surveillance très active. Cette surveillance doit s'exercer également dans les dépôts transitoires des bassins des ports où les huîtres séjournent souvent avant leur transport dans les gares ;

10° Toute surveillance des parcs serait illusoire si elle n'était suivie d'une surveillance beaucoup plus nécessaire des huîtres mises en réserve chez les marchands en détail, les vendeurs sur la voie publique, etc.

Il convient de rappeler au public que, dans beaucoup de petites stations balnéaires du littoral où on a attribué aux huîtres des endémies d'affections typhoïdiennes, les sources d'infections sont nombreuses surtout à la fin de la saison des bains, qui coïncide justement avec la reprise de la consommation. Les eaux de sources sont souvent suspectes, les égouts nuls ou mal entretenus. L'hygiène de la plupart de nos petits ports est tout à fait déplorable, et c'est de ce côté qu'il convient d'attirer l'attention au lieu de prendre comme bouc émissaire une industrie nationale très intéressante et digne de tous les encouragements.

Comme sanction pratique de ces conclusions, le Comité consultatif des pêches maritimes exprime le vœu que M. le Ministre de la Marine envoie M. l'Inspecteur général des pêches maritimes sur les différents points où se trouvent des établissements ostréicoles de toute nature : 1° afin de constater les améliorations apportées en ces dernières années aux conditions d'hygiène dans lesquelles se trouvent ces établissements ; 2° afin d'examiner les mesures de toutes sortes (expériences scientifiques, ou sanctions administratives) qu'il conviendrait de provoquer s'il y a lieu pour mettre notre industrie ostréicole à l'abri de toute critique au point de vue hygiénique.

Le Comité consultatif exprime également le vœu que M. le Ministre de l'Intérieur veuille bien prescrire des mesures de police très sévères en ce qui concerne la vente des huîtres en détail.

Les colorants pour confiseurs et liquoristes. — Le Comité consultatif d'hygiène de France (d'ap. Sciences, Arts et Nature) permet aux confiseurs et aux liquoristes de colorer leurs produits, afin de les rendre plus agréables aux yeux des consommateurs ou d'en varier l'aspect, au moyen des dérivés jaunes sulfoconjugués du naphtol et de l'éosine, érythrosine, rose Bengale, phloxine, rouge de Bordeaux, ponceau, fuchsine acide, bleu de Lyon, bleu lumière, bleu coupier, vert malachite et violet de Paris.

La vache artificielle. — Le Dr Romme nous donne dans la *Revue* la recette pour fabriquer une vache artificielle, une des plus brillantes conquêtes de la zootechnie moderne, offre ceci de particulier qu'elle est capable de fournir vingt, vingt-cinq et même trente litres de lait par jour, au lieu de six à huit litres que donne une vache normale.

Voici la recette ;

Prenez une vache flamande, hollandaise ou suisse, épuisée par des gestations multiples et

qui en est à son sixième ou huitième vélage; mettez-la dans une étable chaude et obscure et ne la laissez sortir aux champs que le moins souvent possible; nourrissez-la surtout de pulpes, de drèches, résidus de l'orge qu'on emploie pour faire la bière, et de tourteaux qui proviennent des fabriques de sucre, des huileries ou des distilleries. Ne vous inquiétez pas si à ce régime votre vache prend de l'ostéomalacie et de l'entérite, se couvre d'eczéma ou devient hydropique. Il le faut pour qu'elle puisse vous donner les trente litres de lait dont vous avez besoin.

Et c'est ce lait qu'on coupe encore d'eau, qu'on écrème, qu'on amidonne et qu'on antiseptise!

BIBLIOGRAPHIE

La Pelade, petit in-8 (10 fig.) (*Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire*), par A. Chatin, ancien préparateur à l'hôpital Saint-Louis, membre de la Société de Dermatologie, et F. Trémolières, ancien interne à l'hôpital Saint-Louis, interne des hôpitaux. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris. Br. 2 fr. 50; cart. 3 fr.

Ce petit volume est l'exposé clair et succinct de nos connaissances sur la pelade et des discussions passionnées auxquelles cette dermatose a récemment donné lieu.

La pelade ne présente pas seulement un réel intérêt scientifique; la façon dont on conçoit sa nature peut entraîner d'importantes conséquences d'ordre social. Aussi les auteurs ont-ils consacré autant de soins aux questions de pathogénie et de traitement qu'à la partie purement clinique.

Un premier chapitre comporte les notions générales relatives à l'étymologie, la définition, la répartition ethnique et géographique de la pelade.

Dans le second, les auteurs étudient les caractères macroscopiques de la plaque glabre et les différents éléments du syndrome peladique.

Le troisième est entièrement consacré à l'histologie des lésions tégumentaires et pileuses qui constituent la dermatose.

Vient ensuite un exposé bref, mais complet, des diverses théories pathogéniques émises au cours de ces dernières années. Les auteurs mettent bien en relief les récents travaux de Jacquet qui, refusant à la pelade tout origine parasitairie, fait de cette dermatose la manifestation locale d'un trouble d'ordre réflexe à point de départ central ou périphérique et, par conséquet, nie toute contagiosité.

Après un court chapitre de diagnostic et de pronostic, MM. Chatin et Trémolières insistent longuement sur les questions de prophylaxie et de traitement, capitales pour les praticiens. Ils décrivent les divers procédés mécaniques et physiques et les nombreux topiques médicamenteux qu'ils ont vu employer avec succès dans les services dermatologiques de Paris. Les divers modes d'application du traitement aux différentes formes de pelade sont soigneusement étudiés. Aussi la lecture de ce volume sera-t-elle très utile à tous les médecins.

Une bibliographie française et étrangère aussi complète que possible termine le volume.

Nlle Imprimerie. E. Lasnier, directeur. 35, 37, rue St-Lazare. Paris *Le Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL

TRAVAUX ORIGINAUX

ACTION ANALGÉSIANTE DES SUBSTANCES RADIOACTIVES

Par le Dr A. Darier,

Ancien Président de la Société d'Ophtalmologie de Paris.

Sommaire : *Considérations générales sur les propriétés physioloyiques du radium. — Son action caustique, sidérante, paralysante, convutsivante à hautes intensités. — Action analgésiante et calmante à très faible intensité. — Action stimulante ou anesthésique suivant les doses et les poses. — Action analgésiante sur certains rhumatismes oculaires, certaines névralgies faciales et sur les crises douloureuses de l'ataxie locomotrice. — Action calmanle sur les cancers douloureux et sur les douleurs thoraciques des phtisiques.*

Si nous résumons les effets produits par le radium sur les êtres animés, nous voyons qu'à des activités très élevées, 100.000 U (1) au minimum, on observe une action locale caustique destructive, à échéance d'autant plus retardée que l'exposition a été moins longue et moins directe et que le sujet est arrivé à son complet développement (suivant aussi que le radium est enfermé dans une enveloppe moins perméable, moins transparente pour les radiations : plomb, verre, celluloïde, etc.).

Avec des activités très fortes (à partir de 300.000 U) dans une enveloppe de caoutchouc il peut y avoir réaction immédiate de la peau — quelques minutes — (Bohn, Mme Curie, Danysz).

Mais, ne l'oublions pas, les premiers éléments anatomiques atteints sont les cellules se renouvelant périodiquement, les épithéliums, les endothéliums, vasculaires ou autres, et à plus forte raison les cellules néoplastiques à évolution rapide et imparfaite.

Ce sont là ce que nous pourrions appeler les activités toxiques, caustiques, dangereuses dont l'emploi en médecine ou plutôt en chirurgie doit être réservé à certains cas spéciaux. Par exemple, quand il s'agit de détruire une grosse tumeur inopérable, loin de tout centre nerveux (tumeur des seins ou de l'abdomen, des membres), ne serait-il pas logique d'essayer de larder la masse néoplasique d'applications répétées et intensives de radium à haute activité, comme on lardait autrefois les tumeurs des seins de flèches de pâtes arsénicales ou autres? (Un essai de ce genre vient d'être cité par Mac Intire de

(1) On pourrait appeler U uranie ou unité d'action radioactive de l'Uranium.

Glascow : un tube en platine contenant le radium fut enfoui profondément dans une tumeur volumineuse.

Déjà nombre de petites tumeurs cutanées ont été traitées par de simples applications de courte durée même, sur la face et sur les paupières, sans que jusqu'ici aucune complication ait été relatée ni du côté du système nerveux ni du côté de la vision, et des guérisons en nombre respectable déjà ont été rapportées.

Ces mêmes activités de 3 à 500.000 U et plus ont produit chez les petits animaux une action sidérante profonde sur le système nerveux central, cerveau et moelle épinière, probablement par action primaire sur les endothéliums vasculaires; car Bohn et Danysz ont trouvé toujours à l'examen anatomique des lésions cérébrales et médullaires, des ruptures vasculaires et des hémorragies ayant détruit les éléments nerveux.

Il est bien probable aussi que dans les lésions cutanées produites par le radium, les altérations vasculaires sont de la plus haute importance; mais les extrémités périphériques des nerfs doivent être elles aussi atteintes dans leur fonctionnement. Nous allons en avoir la preuve en étudiant l'action analgésiante du radium que je crois être le premier à avoir mise hors de doute (note du 4 octobre 1903, à l'Académie de Médecine).

A côté de son action destructive, sidérante à de hautes intensités, la radioactivité a des effets tout autres si on sait l'appliquer à faibles doses, à doses proportionnelles à ce que tel ou tel organisme peut supporter, à ce que j'ai appelé des doses maniables, les doses médicamenteuses du radium.

Nous avons vu que la même exposition qui peut détruire les poils et le derme d'un cochon d'Inde ne fait que stimuler la croissance des poils chez le lapin (Danysz).

Donc les mêmes expositions qui détruisent certaines cellules mal protégées en stimulent d'autres au point de provoquer l'éclosion d'œufs non fécondés.

Les cellules jeunes, néoplastiques, sont détruites avant les tissus sains biens organisés, les insectes ou leurs larves sont tués ou arrêtés dans leur développement, d'autres au contraire se développent monstrueusement. Affaire de doses et d'opportunité.

Nous avons vu quelle action violente et profonde le radium à haute intensité exerce sur le cerveau et la moelle des petites souris, surtout quand elles sont très jeunes; or sur le lapin, pour obtenir le même résultat, il faut trépaner préalablement la boîte crânienne et la colonne vertébrale.

Chez le chien, après trépanation, l'action est encore moins marquée.

Chez l'homme on n'a encore noté aucun accident paralytique ou tétaniforme consécutif à des applications de radium. Jamais du reste aucune tentative n'avait été faite, que je sache, sur l'action médicale du radium avant la première note que j'ai publiée; et quand je fis part à M. le Pr Becquerel des résultats thérapeutiques que j'avais obtenus dans les névralgies oculaires et certaines migraines, il ne put s'empêcher de s'exclamer que c'était chose bien dangereuse que d'appliquer tout près d'un organe aussi sensible que le cerveau un agent aussi violemment destructeur que le radium. Mais ne sommes-nous pas habitués en médecine à administrer avec succès des médicaments bien plus dangereux; l'arsenic, la strychnine, l'atropine, la digitaline, etc., et M. Becquerel lui-même n'a-t-il pas été le premier à recommander l'emploi du radium dans le lupus qui siège le plus souvent à la face.

Or, depuis un an que j'emploie le radium en applications sur les yeux, le front, les tempes et la face je n'ai encore observé aucune complication quelconque. Dans deux cas où les applications à 1.000 et à 10.000 U avaient été faites sur la nuque, les malades se plaignirent d'une sensation de vertige très marquée. Il faut donc être prudent dans

l'emploi d'activités un peu élevées au niveau des centres coordinateurs de la moelle allongée.

En revanche, il m'a été donné d'observer des effets des plus favorables et des plus curieux par des applications de ces doses médicamenteuses de sels radio-actifs faibles, mais en surface un peu étendue et en applications d'autant plus prolongées que la substance était moins active.

Le premier phénomène qui me frappa le plus fut l'action inhibitrice puissante et non cherchée sur l'élément douleur, action analgésiante que j'ai pu ensuite reproduire pour ainsi dire à volonté chez le même individu, quand après deux ou trois jours la douleur reparaissait, puis ce fut l'action inhibitrice sur certaines névroses convulsives épileptiformes, ainsi que dans la neurasthénie.

Mais n'anticipons pas.

Partant de l'idée que les rayons de Becquerel comme les rayons X avaient une action puissante sur les néo-cellules et sur les tissus imparfaitement organisés, j'eus l'idée de chercher à faire résoudre, à faire fondre, résorber une hémorragie intra-oculaire traumatique par des applications de subtances radio-actives sur le globe oculaire et la tempe. Un paquet de sel de radium à 240 U, simplement plié dans du papier mince, fut appliqué sur l'œil protégé par une très mince couche d'ouate et un autre paquet fut appliqué sur la partie latérale externe de l'orbite; le tout fut maintenu en place, pendant vingt-quatre heures, par un pansement fait d'un peu d'ouate et d'une bande de gaze. Cette hémorragie n'était pas due à une maladie des vaisseaux, elle était simplement due à une blessure de l'œil et elle avait résisté à toutes nos tentatives thérapeutiques. Dès les premières applications du radium, la vue s'améliora rapidement, le sang se résorba, et la crainte de la lumière de même que la douleur que le malade éprouvait dans cet œil disparurent; mais je n'attachai tout d'abord que peu d'importance à la disparition de l'élément douleur, toute mon attention s'étant portée sur l'éclaircissement de la vision que je tendais à attribuer à l'action résolutive des rayons de Becquerel sur le sang épanché.

Cette action résolutive que j'étais enclin à attribuer au radium me parut comporter des indications intéressantes.

Dans un cas d'iritis rhumatismale très violent avec exsudat inflammatoire dans l'orifice pupillaire et dans la chambre antérieure, j'eus aussi l'idée que des applications radio-actives pourraient activer la résorption des exsudats.

Le résultat fut nul en ce qui concerne la résorption de ces exsudats, mais très surprenant en ce qui concerne la douleur très vive dont souffrait le malade dans son œil et dans tout ce côté de la tête. A peine une heure après l'application d'un paquet de 1 gramme de sel de radium 240 U sur l'œil et le sourcil, le malade éprouva une sorte d'engourdissement de sa douleur qui avait complètement disparu. Je laissai le pansement en place jusqu'au lendemain et je fus alors très agréablement surpris d'apprendre que le malade avait très bien dormi et n'avait pas éprouvé la moindre douleur, cependant que depuis plusieurs jours toutes les médications calmantes classiques avaient épuisé leur effet. L'œil était un peu moins rouge, mais la pupille présentait les mêmes exsudats que la veille. Ici encore l'action du radium avait porté surtout sur l'élément douleur.

Voilà encore un des cas où l'expérimentation clinique nous a mis sur la voie de la découverte des propriétés analgésiantes des rayons de Becquerel alors que nous cherchions tout autre chose. C'est d'autant plus intéressant qu'en pareil cas la cessation de la douleur ne pouvait être mise sur le compte de la trop fréquente suggestion ; tout au plus pourrait-on invoquer ici une action de pur hasard, un synchronisme heureux entre

l'application du radium et la cessation des douleurs. Or, au troisième jour, les douleurs oculaires ayant reparu chez notre malade, une nouvelle application de radium les fit de même disparaître en moins d'une heure. L'expérience fut ainsi répétée à quatre ou cinq reprises différentes au cours de ce traitement sans qu'il soit possible de dire positivement si le radium a eu une influence favorable sur l'évolution du processus morbide lui-même ; le traitement général ne pouvait être mis en cause puisqu'il était resté le même avant et après les applications radio-actives.

On pourrait dire encore avec assez de raison que l'application seule d'un bandeau protégeant l'œil contre la lumière et les intempéries atmosphériques suffirait à expliquer la cessation des douleurs ; mais outre que dans certains cas la chaleur du bandeau ne fait qu'exaspérer les douleurs, il était facile de faire une contre-épreuve concluante :

Je traitais justement à cette époque une femme atteinte de choroïdite spécifique avec névralgie orbitaire qui résistait depuis six mois à toutes nos tentatives thérapeutiques. Je la soumis immédiatement à des applications de radium, un paquet, 1 gramme à 240 U, et le lendemain elle revint me disant qu'elle ne souffrait plus. Ne pouvant croire à une action si rapide et si puissante, je pensai naturellement à un de ces miracles que la suggestion nous présente si souvent et qui rend le jugement du vrai clinicien si difficile et si sujet à caution. Sans rien dire à la malade, je lui appliquai le même pansement, mais *sans radium*. Le lendemain, la malade se plaignait que la névralgie n'avait pas été aussi bien calmée; son faciès tiré, soucieux, déçu, trahissait sa souffrance et contrastait avec son air heureux et satisfait de la veille.

Je refis pour la troisième nuit un nouveau pansement au radium et la névralgie disparut complètement. Ce n'est que cinq mois plus tard que je revis la malade, parce que sa névralgie était revenue. Cette fois encore elle céda de nouveau à trois applications de radium.

Depuis j'ai eu l'occasion de répéter nombre de fois cette expérience chez des malades qui souffraient de douleurs oculaires de causes très variées. Chez les uns, la douleur cessait pour ne plus revenir après une seule application. Chez d'autres, la douleur reparaissant au bout de deux ou trois jours était de nouveau calmée pour un laps de temps plus ou moins long. J'ai vu des ouvriers qui à la suite d'une blessure à l'œil conservaient une céphalalgie, une névralgie oculaire ou temporale qui les empêchait de reprendre leur travail. Dans ces cas, une seule application de radium à 240 U, pendant une heure ou deux, faisait disparaître les maux de tête. Chez des personnes atteintes de violentes attaques de migraine, j'ai pu en maintes circonstances, *mais pas toujours*, faire disparaître les attaques pour un temps assez long. Dans certains cas, chez des gens atteints de violentes douleurs de tête causées par des décharges électriques violentes de courts circuits, j'ai réussi par ces mêmes applications à dissiper le mal de tête pour un temps plus ou moins long.

Mais voici un cas qui mérite d'être relaté en détails parce qu'il est des plus curieux et des plus topiques. Je soignais depuis un mois un confrère, homme très au courant de tous les progrès de la science ; il était atteint d'une de ces formes de rhumatisme oculaire qui font le désespoir du malade et du médecin. Le salicylate de soude, l'aspirine, la quinine, le rhus toxicodendron, de même que les applications locales les plus actives et les plus variées, y compris la dionine et le l'adrénaline, derniers venus en thérapeutique mais qui ont à leur actif des succès déjà nombreux, étaient restés dans ce malheureux cas à peu près sans effet. Les douleurs étaient toujours plus violentes et la sclérotique plus infiltrée ; à un moment même, la cornée commença à perdre sa transparence dans un bon tiers de la surface.

J'eus l'idée de proposer à notre confrère des applications radio-actives. Il me rit au nez, me disant : Non, pas à moi !... je ne suis pas suggestionnable.

Enfin comme son travail commençait à souffrir, qu'il ne pouvait plus se livrer à ses occupations habituelles et qu'avec raison il ne voulait pas s'habituer à la morphine (son estomac commençait aussi à être repu d'aspirine, d'antipyrine, etc)..., notre confrère finit par demander lui-même à essayer du radium. Je lui fis séance tenante une application de deux heures sur le bord externe de l'orbite, d'un tube de verre contenant 0 gr. 10 de bromure de radium à 7.000 U. Au bout d'une heure, le soulagement était déjà évident et toute la soirée notre confrère put travailler sans douleur. Au bout de deux jours, les douleurs étant revenues, je réussis encore à les faire disparaître par le même moyen, et ainsi de suite à plusieurs reprises. Ce que voyant, je finis par prêter à notre confrère un assez volumineux radioplasme rempli de radium à 240 U. pour qu'il l'appliquât toutes les nuits sur son œil.

Au bout de quelques jours les douleurs avaient définitivement disparu, mais l'épisclérite n'était pas guérie; elle allait pourtant s'atténuant progressivement et en tout cas n'était plus douloureuse. J'ai revu dernièrement notre confrère qui me montra ses yeux complètement guéris. L'action des rayons de Becquerel a-t-elle été pour quelque chose dans la résolution du processus morbide? Il est impossible de l'affirmer; mais il est tout aussi impossible, dans ce cas, de nier l'action puissante du radium sur l'élément douleur. Mais il ne faut pas s'attendre à réussir toujours et, je dois l'avouer, les applications de radium m'ont déçu dans bien des circonstances.

Dans un cas des plus graves de névralgie faciale, névralgie du trijumeau, torturant depuis seize ans ce pauvre malade, malgré trois opérations terribles (arrachement du nerf sous-orbitaire, de la branche qui va au maxillaire inférieur et résection de tout le bord de l'os maxillaire et de toutes ses dents), j'avais réussi tout d'abord par quatre applications de deux à trois heures chaque jour, à permettre au malade de parler, de manger et de reprendre un peu goût à la vie.

Deux mois plus tard, les douleurs étant revenues, le malade me demanda si par des applications de radium à plus haute activité on ne pourrait pas arriver à un résultat plus durable. Je fis une première application de vingt minutes sur le point d'irradiation des plus violentes douleurs (émergence du nerf mentonier, 0,10 bromure de radium à 500.000 U. enveloppage appareil de Danne). Les douleurs ne furent nullement calmées. Au bout de huit jours, une seconde application d'une demi-heure; non seulement les douleurs ne s'atténuèrent pas, mais le malade eut des crises plus fréquentes et plus douloureuses. Une légère rougeur de la peau se montra au point d'application du radium.

Je revins alors à des applications beaucoup moins énergiques et les résultats furent meilleurs, mais le malade non guéri est encore en traitement.

Le Dr Foveau de Courmelles cite un cas de névralgie faciale grave opérée d'abord par élongation puis par section du nerf; chaque opération amena d'abord quelques mois de répit ; mais les souffrances avaient reparu depuis 6 ans. Une application continue pendant 4 jours de radium à 240 U. (quelle quantité et dans quel enveloppage ?) amena une guérison complète qui s'est maintenue depuis octobre 1903.

Ce même auteur cite un cas de cancers du rectum qui cessa d'être douloureux dès qu'on introduisit dans l'orifice anal un tube de radium (à 10.000 *u.*?) un quart d'heure par jour. Au bout de 15 séances le malade put supprimer ses injections de morphine.

J'ai eu deux cas du même genre : cancers du rectum qui tous deux furent très soulagés par des tubes radio-actifs faibles (240 *U.* environ) introduits de la même façon. Dans

un cas de cystite tuberculeuse avec pollakiurie très douloureuse, j'ai réussi à calmer les douleurs et à diminuer le nombre des mictions par l'introduction d'un tube mince rempli de radium à 240 *u*. Mais ce traitement n'empêcha pas la maladie de suivre son cours de même que dans les deux cas de cancers du rectum.

Il était intéressant de savoir si la même action analgésiante pourrait être observée dans des douleurs d'une intensité et d'une durée plus grande. *A priori* j'ai pensé que par l'application de quantités suffisantes de radium il serait possible de calmer les douleurs fulgurantes parfois si terribles de l'ataxie locomotrice.

Je n'ai eu malheureusement qu'une seule fois l'occasion de faire l'essai du radium dans ces conditions. Il s'agissait d'un ataxique ayant des douleurs très violentes dans les jambes ; mais ces douleurs changeant continuellement de place, je fis appliquer sur la colonne vertébrale dix petites pastilles de celluloïde contenant du bromure de radium à 1.000 7.000 et 10.000 *u*. Trois applications seulement furent faites : une fois les douleurs se calmèrent, les deux autres fois elles ne furent nullement influencées.

Ce premier essai négatif prouverait tout au plus que de faibles doses de radium appliquées sur la colonne vertébrale n'ont pas d'action sur les douleurs fulgurantes des ataxiques.

M. le professeur Raymond, chargé de faire un rapport sur une note présentée par moi à l'Académie de médecine sur les propriétés analgésiantes du radium, entreprit des expériences de contrôle pour vérifier les faits avancés dans cette note. C'est à la suite de ces expériences qu'il put se convaincre que le radium pur appliqué loco dolenti calme presque instantanément les douleurs fulgurantes des ataxiques. Voici du reste ses propres paroles :

« Frappé de l'action sédative et analgésiante du radium sur l'élément douleur que vous a signalée ici même le Dr A. Darier, nous avons conçu l'idée de rechercher l'influence du radium sur les phénomènes douloureux des ataxiques.

« Je dois dire à la vérité que nous avons été quelque peu surpris du résultat obtenu, les phénomènes douloureux ayant, chez les malades que nous avons suivis, cédé comme par enchantement. Je m'empresse d'opposer à l'hypothèse d'une action suggestive, les précautions de technique que nous avons prises à cet égard. Nous avons en effet utilisé des tubes absolument pareils, l'un ne contenant aucun produit, l'autre contenant le sel radique.

« Toutes les fois qu'une amélioration se produisait dans l'état de nos malades, c'était à la suite de séances faites avec le tube contenant du radium. Il ne nous a jamais été donné d'en observer la moindre, lorsqu'à l'insu du malade nous substituions pour la séance le tube vide au tube radifère.

. . . . . .

« Les applications ont été faites aux points indiqués par les malades comme centres des radiations des phénomènes douloureux et chaque fois une seule application de quatre minutes a suffi pour les annihiler.

« Les observations sont encore insuffisantes quant à leur nombre pour que nous puissions en tirer, relativement aux effets analgésiques du radium, des conclusions nettes et précises ; mais il est dores et déjà intéressant de mettre à l'actif du métal découvert par M. Curie une propriété physiologique nouvelle dont les effets paraissent démontrés par la clinique ».

Nous ne saurions mieux terminer cette première étude sur les applications médicales du radium que par ces conclusions magistrales de M. le professeur Raymond, qui

viennent confirmer d'une façon absolue nos premières observations sur l'action analgésiante des rayons de Becquerel.

Prochainement, nous étudierons l'action inhibitrice du radium sur certaines névroses et son action stimulante dans les paralysies ; puis nous donnerons le résultat d'une série d'observations intéressantes sur l'action de l'émanation radio-active sur certaines tuberculoses pulmonaires. Dans ces derniers cas, l'action analgésiante des rayons de Becquerel s'est traduite par une cessation rapide de tous les phénomènes douloureux : points de côté, douleurs thoraciques, etc.

NOTE SUR LES INDICATIONS DANS LE TRAITEMENT DE LA COLITE MUCO-MEMBRANEUSE

par M. Albert Mathieu.

Une série d'intéressants travaux ont récemment, à la Société médicale des hôpitaux ou à la Société de thérapeutique, appelé de nouveau l'attention sur la côlite muco-membraneuse qui est plus que jamais à l'ordre du jour. J'ai même l'impression qu'on abuse de ce diagnostic et qu'après avoir trop longtemps méconnu cette affection, on lui attribue actuellement trop d'importance et trop de méfaits.

A la suite des communications que nous ont faites MM. Delherm et Zimmern sur le traitement électrique de la côlite muco-membraneuse, j'ai été amené à donner ici mon avis sur la pathogénie du syndrôme et sur les médications fondamentales de son traitement, mais je l'ai fait d'une l'action fragmentaire, et la lecture du compte rendu de la séance donnerait une idée vague et incomplète de mes idées.

C'est pourquoi je vous demande la permission d'y revenir aujourd'hui et de vous soumettre un tableau schématique, mais plus complet, de ce que je considère comme les facteurs principaux dans la pathogénie de la côlite muco-membraneuse et les indications fondamentales qui en résultent au point de vue thérapeutique.

La côlite muco-membraneuse n'a certainement pas d'unité étiologique ; elle se produit dans des conditions multiples et différentes. Cependant, une fois qu'elle est constituée, on retrouve dans tous les cas un certain nombre de maîtres symptômes, qui dominent sa séméiologie et, comme cause de ces maîtres symptômes, un petit nombre de facteurs pathogéniques qu'il est assez facile de dégager et qui fournissent pour le traitement les médications primordiales.

Le plus important de ces maîtres symptômes est certainement la constipation : quand on guérit la constipation, on guérit du même coup la côlite muco-membraneuse. Il importe donc tout d'abord de rechercher dans quelles conditions elle se produit et quel est le mécanisme qui l'entretient et lui donne ses allures particulières.

Pour ma part, sur le nombre assez considérable de cas soumis à mon observation, je n'ai jamais vu la diarrhée vraie, je n'ai jamais constaté que des débâcles diarrhéiques, plus ou moins prolongées ou de fausses diarrhées. On se représente du reste difficile-

ment que des concrétions muqueuses puissent se produire sans un certain degré d'immobilité, de stase et de sécheresse du côlon.

Cette constipation est, dans le plus grand nombre des cas — sinon même toujours, — due au spasme, soit partiel, soit généralisé du côlon. L'examen méthodique du ventre pratiqué chez un grand nombre de malades ne laisse aucun doute à ce sujet.

Nous voici donc amené à rechercher quelle est l'origine de ce spasme. Incontestablement, il se produit plus facilement chez les névropathes chez lesquels les réactions nerveuses sont excessives. Il me semble reconnaître toujours comme cause une *action réflexe soit à court, soit à long circuit.*

L'action réflexe à court circuit a pour point de départ la muqueuse du côlon elle-même. Cette muqueuse en devient d'autant plus facilement le point de départ qu'elle présente un degré plus ou moins marqué d'irritation superficielle et d'hypéresthésie. L'irritation superficielle est démontrée par l'abondance de la sécrétion muqueuse et la présence d'éléments cellulaires desquamés qu'on retrouve au microscope dans les productions muco-membraneuses.

Le contact des matières fécales souvent dures, en scybales, sur lesquelles se contracte fortement le côlon, est une cause locale d'irritation habituelle en dehors des crises passagères ou localisées de diarrhée. Ainsi se trouve mis en jeu le réflexe à court circuit. Il est bien entendu que les microbes pullulent dans les matières et les muco-membranes et que leur présence joue un rôle important dans la genèse de l'irritation locale et la production quelquefois de phénomènes d'infection générale; je laisse à dessein cet élément de côté pour simplifier le tableau schématique.

Le point de départ des réflexes à long circuit peut être très variable : ce peut être, comme l'a récemment indiqué M. Soupault à la Société médicale des hôpitaux, une lésion de l'appendice, une lésion des annexes de l'utérus, une lésion des voies biliaires, etc.

Quant aux ptoses abdominales, et plus particulièrement encore à la néphroptose dont l'action a été invoquée ici il y a dix ans par notre collègue M. G. Weber et plus récemment par M. Soupault et M. Hayem, leur coïncidence avec la côlite muco-membraneuse est incontestoble : elle a été constatée par tous les auteurs qui se sont occupés de ces questions.

A la suite de la communication de M. Weber, je vous ai dit que j'avais pour ma part rencontré la ptose rénale très fréquemment au cours de la côlite muco-membraneuse : je n'ai pas cessé depuis de faire la même constatation : il y a eu au moins une femme atteinte de ptose rénale sur trois femmes atteintes de côlite muco-membraneuse.

Je continue à penser qu'on doit invoquer pour expliquer l'action pathogénique des ptoses abdominales, et plus particulièrement encore de la néphroptose, les tiraillements exercés sur les filaments nerveux émanés des plexus ganglionnaires de l'abdomen dans la marche et la station debout : de là l'influence heureuse du repos, de la *cure d'horizontalité.* Cette irritation des plexus abdominaux est d'autant plus facile et d'autant plus marquée que les sujets sont plus névropathes et que leur système nerveux est plus irritable.

Que les obstacles mécaniques opposés au cheminement des matières fécales dans le côlon puissent jouer un rôle, je n'y contredis pas, bien loin de là. M. le Pr Hayem attribue une grande influence pathogénique aux coudures de l'intestin dans la genèse de la constipation chez les malades atteints de ptoses abdominales. Que cet élément mécanique ait une influence, j'y consens; mais j'admets difficilement qu'il l'emporte sur le spasme côlique.

Du reste, toutes les compressions, toutes les causes de rétrécissements du calibre du côlon en fournissant une occasion de stase des matières deviennent facilement une cause de spasme et d'irritation sécrétoire ; il n'est pas besoin d'y insister davantage.

Que les réflexes *spsamogènes* soient à court ou à long circuit, leur conséquences est la même chez les malades prédisposés par leur état antérieur de névropathie.

Ainsi naît une série de cercles vicieux à engrenage imbriqué. La constipation provoque l'irritation locale, la douleur, le spasme et l'hypersécrétion muqueuse, puis muco-membraneuse; cette réaction est d'autant plus intense que l'irritabilité névropathique est plus grande. A leur tour, le nervosisme général et le nervosisme local se trouvent exagérés par le fait de l'irritation et des douleurs abdominales. Il n'est pas très rare que les malades diminuent leur alimentation par la crainte des malaises de la digestion, et la faiblesse qui en résulte augmente à son tour l'irritabilité nerveuse. Ajoutez à cela des ptoses et des lésions abdominales, surtout des lésions douloureuses lorsqu'il en existe et vous aurez un ensemble morbide très complexe dont on peut cependant par l'analyse déterminer les principaux facteurs.

Comme la côlite muco-membraneuse n'arrive guère à son degré le plus grand d'intensité que chez le névropathes, on en a conclu, parce qu'on a perdu de vue les degrés intermédiaires, qu'elle était la conséquence directe de la névropathie et qu'elle constituait une névrose sécrétoire.

Les cas atténués de côlite muqueuse ou muco-membraneuse sont fréquents chez les constipés, et il y a une échelle insensible des cas de constipation avec quelques rares mucosités, sans douleurs jusqu'aux formes graves de côlite muco-membraneuse des neurasténiques ou des hystériques.

Jusqu'à présent, j'ai laissé de côté la sécrétion muqueuse ou muco-membraneuse, pour ne m'occuper que du spasme, et cependant l'hypersécrétion muqueuse et la formation des muco-membranes sembleraient devoir être tout d'abord envisagées et étudiées dans un état morbide qu'elles ont servi à dénommer et qu'elles semblent surtout caractériser.

Je ne nie pas l'hypersécrétion d'origine réflexe ; les recherches de M. Soupault sur le lapin en ont fourni un exemple expérimental. Il me paraît possible et vraisemblable que les réflexes à court ou à long circuit susceptibles d'engendrer le spasme et de l'entretenir sont capables aussi d'engendrer et d'entretenir l'hypersécrétion muqueuse. Toutefois il me paraît que, dans le mécanisme pathogénique, les excitations réflexes venues de la muqueuse elle-même jouent un rôle plus habituel et plus important encore que les irritations réflexes à long circuit.

On voit du reste les irritations directes de la muqueuse côlique devenir assez souvent le point de départ de la côlite muco-membraneuse : on la voit se produire, par exemple, à la suite de lavements médicamenteux irritants, comme l'a signalé Boas, ou de poussées estivales ou autominales de dysenterie nostras ou de côlite dysentériforme.

Dans tous ce tableau, il n'y a pas eu de place pour la névrose sécrétoire primitive d'origine centrale. Peut-on invoquer en sa faveur les poussées d'hypersécrétion muqueuse qui surviennent assez souvent soit au cours des règles, soit au moment où les règles devraient se produire, ainsi que notre collègue M. Dalché le rappelait très justement dans un récent article du *Bulletin médical.*

Pour ma part, j'ai tendance à croire que ces poussées sont le plus souvent moins spontanées qu'elles le paraissent ; elles révèlent souvent à grand fracas une côlite jusque-là latente et de faible intensité.

Du reste, je m'occupe moins ici de déterminer comment on entre dans la côlite muco-membraneuse que de rechercher pourquoi et comment celle-ci se maintient et se perpétue une fois constituée.

J'ai été amené au cours des considérations précédentes à mettre en première ligne la constipation par spasme engendrée chez des névropathes par une action réflexe à court ou à long circuit. J'ai indiqué que le séjour des matières au contact d'un intestin irrité, innervé par un système ganglionnaire hyperexcitable, peut suffire pour entretenir *indéfiniment* le spasme, qui devient lui-même cause de stase, et l'hypersécrétion.

De ce qui précède, il me paraît résulter que les indications fondamentales du traitement de la côlite muco-membraneuse sont les suivantes;

1° Faire cesser la constipation en évitant les moyens susceptibles d'entretenir le spasme du côlon et l'irritation superficielle de sa muqueuse.

(La clinique montre que les moyens qui y réussissent le mieux sont : les grands lavements à faible pression, les lavements d'huile pure, la belladone, et surtout l'électrisation de l'intestin.)

2° Supprimer les excitations réflexes à long circuit lorsqu'elles existent.

(Ainsi s'expliquent les bons effets obtenus contre la côlite muco-membraneuse par la guérison de la lithiase biliaire, de l'appendicite, des lésions des annexes de l'utérus, etc.

3° Diminuer l'irritabilité nerveuse abdominale et l'irritabilité nerveuse générale.

a) Les moyens d'obtenir la sédation de l'irritabilité réflexe de l'abdomen sont: les applications chaudes, les grands bains chauds, la cure d'horizontalité, lorsqu'il y a un degré accentué de ptose viscérale;

b) Les meilleurs agents contre l'excitabilité nerveuse générale sont: les grands bains encore, l'hydrothérapie, l'électrisation statique et enfin les calmants médicamenteux.)

4° Alimenter suffisamment les malades en leur donnant une nourriture peu excitante, soit pour le système nerveux, soit localement pour le tube digestif, et plus particulièrement encore le gros intestin. (Cette proposition me paraît pouvoir se passer de commentaires.)

5° En dernière ligne, je place l'indication d'agir directement sur l'inflammation uperficielle de la muqueuse côlique.

(Cette indication n'existe d'une façon urgente que dans les poussées aiguës ou subaiguës, initiales ou paroxystiques de côlite dysentériforme : elle est le mieux remplie, à mon sens, par les grands lavements avec une solution de nitrate d'argent à 1 p. 4.000, 1 p. 5.000 environ.

Plus tard, si l'on obtient parfois un certain bénéfice de l'emploi de topiques, tels que l'ichtyol, en solution faible (1 à 5 p. 1.000), il ne faut pas oublier que toujours la côlite guérit lorsque guérit la constipation, sans qu'il soit indispensable de recourir à une médication topique.)

OPOTHÉRAPIE HÉPATIQUE

Par le Dr Jules Regnault

Médecin de la Marine (Toulon)

Dans sa séance du 22 juin, le Dr Hirtz a fait à la Société de Thérapeutique une communication sur deux cas de cirrhose du foie, dans lesquels la guérison ou du moins une grande amélioration a été obtenue par l'opothérapie. Je m'empresse de résumer l'observation personnelle d'un cas analogue.

J'avais eu l'occasion de remarquer (ainsi que je l'ai signalé dans la *Revue de Médecine*, en 1900, et ainsi que je l'ai noté avec plus de détail dans mon livre *Médecine et pharmacie chez les Chinois et chez les Annamites*) les excellents résultats obtenus par les médecins chinois dans le traitement de certaines affections hépatiques par la bile de bœuf et le suc organique du foie de porc. J'avais obtenu moi-même de bons résultats d'un semblable traitement dans divers cas de congestion hépatique, mais c'est seulement l'année dernière, au mois d'octobre, que j'ai employé l'opothérapie dans un cas de cirrhose du foie avec splénomégalie.

M. G..., 35 ans, conducteur de tramway, a été vu par moi pour la première fois, le 26 octobre 1903 ; il était malade depuis dix-huit mois, il avait ressenti des douleurs au niveau de la rate et du foie ; il avait maigri, puis il avait présenté des symptômes d'anémie, de l'œdème des membres inférieurs avec douleurs articulaires et de l'ascite. Comme antécédents, il faut noter que M. G..., a eu la dysenterie pendant qu'il faisait son service militaire aux colonies et qu'il a abusé des boissons alcooliques. Pendant sa maladie, il a eu recours sans aucun succès à diverses médications (salicylate de soude, iodure de potassium, diurétiques, laxatifs et régime lacté).

Au moment de mon premier examen, le foie est hypertrophié et douloureux, la rate est très volumineuse et douloureuse, les pieds et les jambes sont œdématiés, les articulations du genou et du cou-de-pied sont légèrement gonflées et les mouvements en sont douloureux, le malade n'arrive que fort péniblement à monter seul dans son lit ; le ventre est ballonné, il existe de l'ascite, sans que la circulation abdominale collatérale soit cependant apparente ; les selles sont peu colorées, les urines sont assez abondantes ; elles sont fortement colorées, mais elles ne contiennent ni sucre ni albumine ; le teint est très légèrement sub-ictérique ; il n'y a pas de lésions du cœur.

Je fais la prescription suivante :

Bile de bœuf maintenue sur un feu doux jusqu'à consistance sirupeuse..	20 gr.
Poudre de rhubarbe et poudre de quinquina à parties égales.....	q. s.

pour pilules.

Diviser et répartir la masse en quarante pilules en bols semblables, quatre de ces bols par jour.

Régime de chaque jour :

Foie de veau, de porc ou de mouton cru ou légèrement grillé.....	150 gr.
Rate de porc ou de mouton crue et réduite en bouillie.....	50 gr.
Lait.....	2 à 3 lit.

Le 2 novembre, après sept jours de traitement, le malade se sent beaucoup mieux ; les jambes sont moins œdématiées, les articulations sont plus souples ; l'ascite a considérablement diminué : la ceinture du pantalon peut être boutonnée normalement, alors que huit jours plus tôt elle ne pouvait l'être qu'au moyen d'une cordelette d'allonge de 5 centimètres. Le malade cesse de prendre la pulpe de rate qui lui donne des nausées, il ne prend plus que deux pilules de bile de bœuf et 100 grammes de foie ; il commence à manger quelques œufs.

Huit jours plus tard, l'amélioration s'était encore accentuée : après trois semaines de traitement le malade pouvait complètement abandonner son régime alimentaire spécial ; il a seulement repris, après plusieurs jours de repos, quelques pilules de bile de bœuf. Les œdèmes, l'ascite, les douleurs ont complètement disparu ; le foie et la rate ont diminué de volume ; le malade a un excellent appétit, il a repris de l'embonpoint et il peut faire régulièrement son service de conducteur de tramway.

L'amélioration s'est maintenue ; j'ai revu M. G... à plusieurs reprises et encore tout récemment, dans la première quinzaine de juillet : le foie et la rate ont diminué de volume, sans cependant revenir à leurs dimensions normales ; l'état général est excellent. Le traitement auquel j'ai eu recours a donné, sinon la guérison des lésions organiques probablement impossible, tout au moins une grande amélioration qui pour le malade équivaut momentanément à la guérison et qui, à cause de sa durée, doit encourager les médecins à employer l'opothérapie hépatique.

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 12 octobre 1904

Présidence de M. Mathieu

M. Regnault présente une note concernant *l'opothérapie hépatique* (*paraît dans la Revue*).

M. Mathieu donne lecture d'un travail sur *l'entérocolite muco-membraneuse* (*paraît dans la Revue*).

M. Lyon désire exprimer sur ce sujet des idées personnelles : pour lui, on ne se trouve pas en présence d'une maladie définie, mais d'un groupe de symptôme dus à des causes diverses, et dont le traitement varie avec l'étiologie.

L'auteur veut appuyer sur les points suivants : 1° L'élément nerveux, le terrain névropathique joue un rôle prépondérant dans la séméiologie de l'affection ; 2° l'élément inflammatoire, commun aux diverses entérites et que semble rappeler la dénomination *d'entéro-côlite, n'existe pas.*

L'existence d'antécédents nerveux avec les symptômes cardinaux : constipation, douleurs, muco-membraneuses, est à peu près constante. Le substratum anatomique fait défaut : les rares autopsies pratiquées n'ont révélé que des lésions banales ou l'absence de lésions. L'orateur préfère donc donner à cette affection le nom d'entéro-névrose.

Comme étiologie, on trouve le nervosisme héréditaire ou acquis, des causes psychiques, chagrins, surmenage, etc. Les cas à début brusque ne sont pas rares et l'auteur les invoque contre l'opinion qui a considéré la constipation simple comme la cause déterminante principale des accidents. Du reste, nombre de malades, constipés pendant toute leur existence, restent indemnes d'entérocolite. La constipation n'est habituellement qu'un des éléments du tableau symptomatique, bien que parfois elle précède à longue échéance les autres accidents. C'est donc souvent la localisation, sur le tractus intestinal, d'un trouble névropathique : le système nerveux périphérique est probablement influencé dans son fonctionnement par un désordre nerveux central. C'est une des innombrables formes de la neurasthénie.

Dans d'autres cas, en dehors de ces troubles généraux, on trouvera des causes locales provocatrices, des affections douloureuses de l'abdomen, provoquant un spasme intestinal, un obstacle au cours des matières, ou une excitation réflexe se traduisant par des troubles moteurs (spasme et atonie alternant ou coïncidant), sensitifs (douleurs), sécrétoires (muco membranes), vasomoteurs (congestion, hémorragie), etc. Ces causes résident dans : l'estomac (hyperchlorhydrie, ulcère), l'intestin (constipation simple, appendicite chronique, ptoses), etc.

L'appendicite coïncide fréquemment avec l'entéro-névrose, pour les uns, cette dernière a précédé l'appendicite, qui n'est qu'une complication. Pour les autres (l'orateur y compris), l'appendicite chronique d'emblée est une cause fréquente d'entéro-névrose, elle la provoque en déterminant une excitation réflexe permanente de l'intestin. Les phénomènes d'entéro-névrose disparaissent d'ailleurs après l'ablation de l'appendice.

Comme causes intestinales on peut citer encore les hémorrhoïdes, les fissures anales, le cancer de l'intestin, affections toutes assez douloureuses.

Comme causes abdominales, non intestinales, on peut citer les affections utéro-ovariennes, soit troubles statiques, soit maladies inflammatoires, celle du rein, lithiase, néphroptose, celles du foie, lithiase biliaire.

Dans les entéro-névroses de *cause centrale*, le traitement sera le suivant : traitement psychique général, rééducation de l'intestin ; le traitement local (lavages, laxatifs), ne jouera qu'un rôle très effacé. Bien plus, c'est en perpétuant l'usage des laxatifs, des lavages, etc., que les médecins aggravent l'état morbide, car on déshabitue ainsi l'intestin de l'exonération spontanée, on imprime dans l'esprit du malade l'idée de maladie intestinale : du reste, ces traitements locaux augmentent le spasme et créent l'entérite secondaire.

L'orateur recommande de procéder ainsi : dans un cas peu grave et non encore traité, on prescrira l'alimentation substantielle, comprenant la plupart des aliments, sauf les épices, sauces, crudités, boissons alcooliques : on réduira les azotés (viande une fois par jour). L'usage du beurre au premier repas est particulièrement utile.

Comme hygiène générale, on supprimera toutes les causes de surmenage, les veillées, le tabac, les repas précipités, etc., on conseillera le repos après les repas.

Comme hydrothérapie, des douches tièdes (35°) ou écossaises.

On donnera des laxatifs doux, à intervalles éloignés ; psyllium (2 cuillerées à soupe par jour), huile de ricin (1 à 2 cuillerées à café).

La belladone (0 gr. 02 à 0 gr. 04 d'extrait en pilules) sera recommandée comme antispasmodique et laxative.

Le traitement de Plombières est utile, à condition de s'abstenir de lavages.

Dans les cas graves, les malades, déjà traités par de nombreux médecins, abusent de lavages et de laxatifs, sont pharmacomanes, débilités par une alimentation insuffisante, l'insomnie, etc. On supprimera alors tous les lavages, laxatifs, médicaments, toniques, etc. On prescrira, après un seul lavage pour vider l'intestin, le repos absolu au lit (5 à 6 semaines), l'isolement facilitant souvent le repos au lit. La réalimentation aura pour base les féculents sous toutes les formes, la viande crue pulpée, les poissons, les fruits cuits. Au massage on préfèrera l'électrothérapie, de préférence sous forme de courants continus de haute intensité (50 à 100 mA.) avec ou sans renversement du courant, ou la galvanofaradisation. Ce traitement est souvent héroïque.

De temps en temps, on sera obligé de faire des lavages avec faible pression (50 cm.) ou des avements d'huile pure (200 à 300 grammes). Le soir, de l'huile de ricin à petites doses. Ne jamais présenter au malade le lavage comme un moyen de guérison.

On fera aussi des applications humides chaudes sur l'abdomen, et on recommandera la sangle en cas de ptose.

En cas de crises aiguës fébriles (rares d'ailleurs), diète hydrique puis bouillies claires à l'eau, décoctions de féculents, car le lait est mal supporté. Au traitement thermal, on préfèrera dans les formes graves la cure prolongée de repos dans les stations d'altitude.

Si l'entéro-névrose a une *cause locale*, on calmera l'éréthisme du système nerveux et on s'attaquera à la cause. S'il y a appendicite, ne pas hésiter à proposer l'ablation de l'appendice.

M. Gallois lit un travail sur l'*emploi de la glycérine boriquée dans le pansement des plaies et des pyodermies*. La glycérine irrite la peau au début, mais cette effet n'est pas durable : elle a l'avantage de dissoudre trois fois plus d'acide borique que l'eau, et provoquer en conséquence des effets antiseptiques appréciables.

Dans l'impétigo, on se contentera de simples onctions; mais, le plus souvent, on fera de préférence un pansement ainsi qu'il suit : on prend de l'ouate hydrophile qu'on imbibe d'eau boriquée et qu'on exprime, puis on verse sur le côté à appliquer sur le point à traiter une certaine qnantité de glycérine boriquée. Par-dessus, on applique de l'ouate *non hydrophile* pour empêcher la glycérine de fuser sur les linges.

Ce pansement tombe de lui-même s'il n'y a pas trop de pus ; l'orateur l'emploie fréquemment comme pansement après une ouverture d'abcès et dans le traitement des furoncles. On

observe parfois, après 8 jours d'emploi, que la poussée microbienne se fait de nouveau plus active; il sera alors bon de prescrire un autre topique.

Pour l'impétigo des enfants, l'orateur s'est servi avec grand succès de ces pansements : cependant, il a observé un cas de mort subite, mais il est probable qu'il s'agit là d'une infection septicémique suraiguë indépendante du pansement.

Dans la vulvite des petites filles, mêmes résultats favorables, et dans un cas d'ecthyma très grave, inutilement traité auparavant par les antiseptiques les plus divers, la glycérine boriquée amena en 8 jours la guérison.

La glycérine boriquée a le grand avantage d'être inoffensive et de pouvoir être confiée aux mères de famille : elle représente un pansement à la fois humide et desséchant.

M. Mathieu se demande si l'acide borique ne pourrait être incriminé dans le cas de mort subite cité par l'auteur : on a publié des observations analogues. Pour l'orateur, cette question est fort délicate à résoudre ; lui-même se sert depuis 20 ans d'eau boriquée saturée pour désinfecter les voies urinaires; il en injecte jusqu'à 200 grammes à la fois, tous les jours pendant plusieurs jours, et n'a jamais enregistré le moindre accident.

M. Chevalier rappelle que M. le Pr Pouchet a publié quelques cas d'accidents toxiques à la suite de l'emploi d'acide borique pour la conservation de matières alimentaires. La question a fait du reste l'objet de discussions importantes en Allemagne.

M. Mathieu admet que l'acide borique, ingéré d'une façon chronique, peut produire des troubles.

M. Laumonier croit avoir lu que l'on a constaté dans l'acide borique la présence d'arsenic. Ce fait expliquerait les accidents observés par divers auteurs.

M. Barbier, à propos du traitement de l'impétigo, croit que M. Gallois s'est trop facilement estimé possesseur d'un traitement vraiment efficace. Cette affection fait le désespoir des médecins chargés de services hospitaliers, elle disparaît et revient sans cause appréciable, et il faudrait surtout savoir si la glycérine boriquée met à l'abri de poussées nouvelles. L'orateur préfère le traitement par l'eau d'Alibour dédoublée; il est sédatif et antiseptique. On peut aussi, au début d'une poussée, vider chaque cloque et la cautériser au crayon de nitrate d'argent.

M. Gallois prescrit la glycérine boriquée à 10 0/0 : elle guérit rapidement (2 à 3 jours) l'impétigo, sauf dans les cheveux. A l'hôpital Hérold, les infirmières préfèrent ce procédé à ceux employés jusqu'ici. L'eau d'Alibour provoque des douleurs.

M. Barbier a constaté que dans l'ecthyma gangréneux, l'onguent styrax constitue encore le meilleur des pansements.

M. Burlureaux a vu, dans le service de Villemin, en 1873, donner à des typhiques l'acide borique à l'intérieur à des doses de 4 à 8 grammes par jour, sans inconvénient appréciable, pendant des semaines.

M. Lyon estime qu'il serait bon d'être fixé sur la nocuité de ce produit, car on l'emploie en Allemagne comme agent d'amaigrissement.

M. Chevalier explique cet effet par l'action de l'acide borique, qui empêche l'assimilation des matières auxquelles il est mélangé. Le pouvoir alibile est diminué de moitié sous son influence; en outre, l'acide borique irrite l'épithélium rénal.

M. Bardet rappelle que cette question revient en discussion actuellement au sujet du formol, dont on a voulu aussi faire un conservateur de matières alimentaires et qui transforme, par exemple, la caséine du lait en la rendant beaucoup moins assimilable.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses

Dr LESAGE

Médecin des Hôpitaux.

Diphtérie et sérum antidiphtérique, par le Dr Denys (*Ann. de l'Institut chirurgical de Bruxelles*, 15 juillet 1904). — Le bacille de Loëffler menace la vie de deux façons : 1° Par les fausses-membranes qu'il produit : 2° Par sa toxine qui est très violente.

La quantité de toxine résorbée dépend : 1° Du nombre des bacilles et par conséquent de l'étendue des fausses membranes et 2° de la toxicité des bacilles qui est essentiellement variable suivant les cas.

Le poison microbien ne s'accumule pas dans le sang, mais se combine avec les organes dont il trouble les fonctions.

Sa présence dans les reins produit l'albuminurie, dans le cœur, la dégénérescence des fibres musculaires et dans le système nerveux, la paralysie.

On sait que la guérison des maladies infectieuses s'opère par une sorte d'auto-vaccination, à l'aide des toxines élaborées par les bacilles que l'individu transforme en substances immunisantes ; mais cette transformation réclame plusieurs jours, de sorte que si l'infection est très rapide, le malade peut succomber avant que les substances antitoxiques ne soient formées.

Le sérum antidiphtérique a l'immense avantage de produire instantanément l'état réfractaire. La neutralisation de la toxine n'est rapide et complète que si celle-ci n'est pas fixée sur les organes ; le sérum favorise encore la phagocytose.

La conclusion a tirer de ces notions physiologiques, c'est qu'on doit employer le sérum le plus tôt possible.

La quantité à injecter dépend de sa force curative, par conséquent, de son pouvoir antitoxique et de son pouvoir anti-infectieux qui sont indépendants l'un de l'autre.

Le pouvoir antitoxique, facile à déterminer, est le seul qui soit indiqué.

Dans les diphtéries bénignes, on injectera 10 cc. à un enfant et 20 cc. à un adulte.

Les diphtéries graves, où les fausses membranes sont très étendues, ont gagné le larynx et s'accompagnent d'un empoisonnement profond, exigent un traitement immédiat et de fortes doses de sérum : 30 cc. pour un enfant d'âge moyen et même 40, 50 ou 60 cc. si le cas est très grave.

En cas de doute, on agira comme si la diphtérie était certaine.

A. Courtade.

Contribution à l'étude de la scarlatine et à son traitement, par G. Macridès (*Gaz. med. d'Orient*, 15 septembre 1904). — Dans cette étude l'auteur insiste surtout sur la suppression plus ou moins complète de la sudation et de la rétention dans l'économie des éléments nuisibles dont l'élimination est en grande partie assurée par l'intégrité de la fonction éliminatrice de la peau. C'est surtout l'étendue de l'éruption et non la fièvre qui donne la mesure de la gravité de la maladie.

Au point de vue thérapeutique, l'auteur recommande de s'abstenir de l'administration de médicaments, tous sont inefficaces, s'ils ne sont pas nuisibles. Traiter la maladie comme une toxi-infection grave et ne jamais oublier que tout médicament pouvant gêner la fonction rénale doit être soigneusement évité. On s'abstiendra de bains sinapisés, au commencement de la maladie, souvent ordonnés afin de provoquer une éruption généralisée. On se contentera de bains tièdes simples.

Le traitement de prédilection pour l'auteur consiste dans l'emploi du sérum artificiel d'une part et de la balnéation tiède, progressivement refroidie d'autre part. On ne doit pas négliger le traitement des autres localisations de la ma-

ladie par les moyens externes, antisepsie du nez, de la bouche, etc. Quant aux bains tièdes, ils sont d'un usage général ; quant aux injections de sérum artificiel, l'auteur en a fait usage dans le cours d'une épidémie avec des résultats satisfaisants.

Parmi les médicaments internes, l'auteur croit qu'on doit donner la préférence quand le besoin s'en fait sentir, au citrate de caféine, qui est un bon tonique et peut aussi favoriser la diurèse. D'une façon générale tous les autres médicaments doivent être proscrits, même le sérum antidiphérique, que beaucoup de médecins emploient encore aujourd'hui par crainte d'association de bacille de Lœffler au streptocoque de l'angine scarlatineuse. Celle-ci ne contient que bien rarement le bacille diphtérique. Des cas de scarlatine avec angine pseudo-membraneuse en apparence diphtérique, auxquels on a injecté le sérum de Roux et qui ont eu une issue fatale avec des phénomènes d'anurie ont fait conclure à l'auteur qu'il serait prudent de renoncer aux injections anti-diphtériques au début de la maladie au moins, car l'angine scarlatineuse, précoce n'étant pas de nature diphtérique, on peut aggraver l'état du malade. Chez les scarlatineux, les injections de sérum antidiphtérique ont pu faire apparaître l'albuminurie.

L. Jumon.

Indications thérapeutiques fournies par l'étendue des variations sphygmométriques dans le cours de la fièvre typhoïde, par Carrière et Dancourt (*Revue de médecine*, 10 août 1904). — La tension artérielle qui se trouve en général abaissée dans la fièvre typhoïde peut fournir d'utiles indications au point de vue thérapeutique. Elle est d'une grande utilité pour la découverte d'une complication. Une tension élevée se rencontre la veille ou quelques jours avant une hémorragie, une congestion pulmonaire, un délire violent, une péricardite.

Au point de vue thérapeutique, il faut distinguer les cas avec hypertension et avec hypotension. L'hypertension est redoutable en ce qu'elle précède des accidents délirants, congestifs ou hémorragiques, suivant la localisation de l'hyperémie. Si l'hypertension survient lorsque le myocarde est surmené, lorsque la myocardite latente va se manifester, elle imposera au cœur fatigué un excès de travail qui se traduira par les effets de la myocardite avérée.

Il faudra donc combattre l'hypertension pour éviter les complications redoutables. On pourra agir de deux façons suivant le but à atteindre. En cas d'hypertension simple, agir seulement à l'aide des hypotenseurs. S'il y a des menaces du côté du cœur, on usera des mêmes médications ou on agira en excitant le cœur.

Si l'on se sert de médicaments hypotenseurs, il faut choisir un médicament facile à manier, ne risquant pas d'amener une hypotension qui serait dangereuse et n'ayant une action nocive ni sur le cœur, ni sur les émonctoires.

On ne peut ainsi avoir recours au nitrite d'amyle, à la trinitrine, aux nitrites, trop difficiles à graduer et toxiques. Dans ce cas, l'auteur préconise l'éther nitrique alcoolisé des Anglais :

Éther nitrique..... }
Alcool à 90°..... }

On le donne à la dose de XX à C gouttes dans les vingt-quatre heures, on peut même le donner à doses beaucoup plus élevées, en en surveillant les effets. Les Anglais donnent jusqu'à 30 grammes en vingt quatre heures.

On doit exiger les mêmes qualités des médications hypertensives, dont les agents doivent être facilement dosables, de façon à ne pas arriver brusquement à une hypertension qui serait redoutable. On peut élever la tension artérielle soit en agissant sur les vaisseaux périphériques par vaso-constriction, soit en agissant sur le cœur pour en stimuler l'impulsion. Il est dangereux dans la fièvre typhoïde d'user des vaso-constricteurs. La vaso-constriction relèvera bien la tension artérielle, mais en imposant un excès de travail à un myocarde déjà fatigué. Aussi les auteurs ont-ils systématiquement rejeté les vaso-constricteurs pour choisir les tonicardiaques, parmi lesquels trois ont paru également utiles : la digitale, la caféine, la spartéine, mais le premier l'emporte de beaucoup sur les autres. Les auteurs l'ont donné à doses minimes, en infusion de 0 gr. 03 de feuilles de digitale par année d'âge, à continuer trois ou quatre jours, en surveillant les effets. Sitôt qu'on notera l'intolérance, on remplacera la digitale par la caféine (0 gr. 05 par année d'âge). Enfin, on peut donner la solution de digitaline à raison de 2 gouttes par année d'âge et par jour.

L. Jumon.

Vaccination à la lumière rouge (*Wiener Klin. Wochenschrift*, n° 36, 1904). — Goldmann a vacciné 40 enfants dans une chambre obscure photographique éclairée par une lampe à lumière rouge : le vaccin de génisse a été utilisé. Il a recouvert de bandes rouges épaisses la région vaccinée. Les résultats ont été remarquables : aucun enfant n'a présenté d'adénite axillaire, de réaction inflammatoire des pustules ; celles-ci se présentaient sous un aspect absolument normal.

E. Vogt.

Chirurgie générale

Dr BENOIT

Ancien interne des hôpitaux

Traitement des varices et des phlébites par le mouvement, par le Dr Reynier (*Acad. de Méd.*, 4 octobre 1904). — Reygnier, se fondant sur les dangers de l'embolie, signale les dangers du traitement par la mobilisation précoce. Il signale plusieurs faits, dont le sien propre, observé pendant la convalescence de sa grave pneumonie où l'embolie eut manifestement pour cause un mouvement intempestif au cours d'une phlébite insoupçonnée. Il rapporte en particulier un cas de mort à la suite d'une embolie, par le simple effleurage.

M. Reynier estime que, dans tous les cas de phlébite récente, l'immobilité doit être absolue et prolongée. L'immobilité agit dans la veine comme dans tous les tissus: elle décongestionne et localise la poussée inflammatoire.

Dans les cas de phlébite ancienne, ayant laissé un œdème qui tarde à disparaître, les bains chauds et le traitement dans les stations balnéaires offrent plus de sécurité que le massage. Ce dernier, en effet, peut réveiller une infection microorganique qui sommeille.

Quant à la marche comme traitement des varices, M. Reynier déclare que si elle est généralement bien supportée par les malades porteurs de varices non enflammées, il n'en est pas de même chez les sujets ayant eu autrefois une phlébite.

La marche congestionne alors les veines. Elle amène non seulement des œdèmes, mais des douleurs et des crampes ne cédant qu'à la compression au moyen d'une bande élastique. Cette bande est également nécessaire à titre préventif pour limiter la congestion produite par la contraction musculaire.

R. Blondel.

De l'opération précoce dans l'appendicite, par C. Kock (*Münch. med. Woch.*, 30 août 1904). — L'auteur, un partisan décidé de l'opération précoce, c'est-à-dire de l'opération faite le premier ou second jour du début de l'attaque. Les résultats des opérations tardives sont lamentables, tandis qu'ils sont excellents dans les opérations précoces. L'état général n'a pas encore souffert et l'état local est relativement favorable. Les lésions du péritoine sont encore très faibles dans les cas légers. Il est facile de trouver l'appendice, même s'il est fixé par des adhérences anciennes. La cavité abdominale peut être fermée aussitôt et la guérison est obtenue en 14 jours.

Dans d'autres cas, l'appendicite, en raison de la forte virulence de l'affection, s'accompagne d'une exsudation séreuse ou fibrineuse, recouvrant les parties voisines de l'épiploon et de l'intestin, mais les altérations n'ont qu'une importance secondaire. Même lorsque survient la suppuration, les lésions sont légères au début et localisées à l'appendice. L'opération se fait encore sans grande difficulté. Même dans les cas les plus défavorables, on peut obtenir un bon résultat en intervenant dès les premiers moments de l'affection.

Cependant, la guérison spontanée pourrait-elle survenir, ce n'est pas une raison pour abandonner l'opération, car on ne sait jamais si un cas léger aura une évolution légère. On a vu des perforations mortelles survenir dans des cas apparemment inoffensifs qui ne faisaient pas prévoir cette complication.

Au total, l'auteur conclut à l'opération précoce, aussi bien dans les cas légers que dans les cas graves. Il n'y a rien à craindre de l'opération exécutée avec les précautions convenables: les dangers dans l'appendicite proviennent du retard apporté dans l'opération.

L. Jumon.

Les rayons X dans le traitement de la tuberculose des articulations, par Rudio-Jicinsky (*New-York med. J.*, 27 août 1904). — Les rayons X permettent non seulement de diagnostiquer absolument la tuberculose articulaire dès ses premiers stades, de déceler le plus petit foyer tuberculeux qui se développe dans le tissu spongieux des os près des épiphyses ou toute extension du processus destructeur vers la surface de la jointure, la perforation de l'articulation ou le début d'une synovite tuberculeuse, mais montrent encore les épanchements par des ombres plus ou moins foncées. L'auteur relate un certain nombre de cas dans lesquels le traitement radiothérapique lui a donné des guérisons remarquables. Dans la synovite tuberculeuse simple, il injecte dans l'articulation 30 grammes d'une émulsion d'iodoforme, de formaline et de glycérine et expose l'articulation immédiatement aux rayons X. Chez les enfants, les expositions ont été faites tous les jours pendant cinq minutes au début, plus tard pendant dix minutes.

Chez les sujets plus âgés, il emploie l'ampoule à une distance de six à huit pouces. Ce traitement ne donne pas de succès dans les cas de tuberculose de la hanche et de la colonne vertébrale. Lorsqu'on trouve de l'albumine dans l'urine, une démangeaison particulière dans l'articulation exposée aux rayons et des sueurs profuses de réaction alcaline, on doit arrêter

le traitement radiothérapique pendant quelques jours. Les résultats obtenus seront plus uniformes et meilleurs quand on connaîtra mieux la technique et les doses du traitement.

L. Jumon.

Physiothérapie du rhumatisme articulaire chronique (*Bl. f. klin. Hydrotherapie*, septembre 1904). — Dohan regrette que les praticiens ne prêtent pas une attention suffisante aux agents physiques dans le traitement d'une affection qu'on ne saurait sans danger soumettre à l'action des médicaments internes, étant donné sa chronicité. Il est vrai que l'on est souvent embarrassé pour choisir la médication vraiment efficace, au milieu de tant de méthodes physiothérapiques préconisées et d'opinions souvent contradictoires. L'auteur préconise à son tour un traitement qu'il estime capable d'agir sur les articulations malades sans provoquer de réactions organiques inopportunes. La méthode a été employée pour la première fois par Drosoff.

On commence par soumettre l'articulation malade à l'action d'un courant induit pendant 8 à 10 minutes, ce qui provoque un abaissement considérable des manifestations douloureuses. Ceci fait, on procède à des lavages locaux avec de l'eau à 14° C., ou à l'application de bandes trempées dans l'eau froide. Au bout de quelque temps, les raideurs articulaires cèdent, les douleurs s'atténuent, et l'on passe alors à l'emploi des bains de lumière électrique d'une durée de 8 à 10 minutes, suivis de douches froides sur l'articulation malade (ne pas essuyer ensuite!). Au début du traitement, on prescrira le régime lacté plus ou moins mitigé. Si le rhumatisme a pris naissance en été, on commencera par envoyer le malade aux eaux, et ce n'est qu'à son retour qu'on instituera le traitement de Drosoff.

E. Vogt.

Un cas de fracture compliquée de la cloison du nez, par M. Bollet (*Ann. med., chirurg. du Centre*, septembre 1904). — Un coup de poing sur le nez d'un homme de 20 ans est suivi de déformation du nez, d'obstruction nasale et, trois semaines après, d'expulsion de pus par mouchage. Quand l'auteur voit le malade, un mois après le traumatisme : il constate l'existence d'un abcès double de la cloison, communiquant à travers le cartilage de la cloison : une large ouverture est pratiquée à droite sur la poche purulente à l'aide du galvano-cautère et la cavité remplie de gaze iodoformée. En peu de temps le malade fut guéri, ne conservant qu'une légère déformation du nez.

A l'occasion de ce cas d'abcès de la cloison d'origine traumatique, l'auteur expose la question des fractures de la cloison et des accidents consécutifs.

A. Courtade.

Moyen de prévenir la douleur qui succède aux opérations ignées sur les hémorrhoïdes, par Howard Lilienthal (*Medical Record*, 27 août 1904). — Plusieurs jours après que l'on a traité les hémorrhoïdes par les pinces à cautérisation, la douleur et l'œdème contribuent à tourmenter le malade. Durant ces trois dernières années, l'auteur a adopté une méthode qui réduit au minimum ces symptômes désagréables. Il s'agit d'un point sans importance, au point de vue technique, mais qui en a beaucoup au point de vue chirurgical.

Immédiatement après avoir pincé et cautérisé les hémorrhoïdes, on fait à travers la peau six à sept incisions rayonnantes à l'aide de ciseaux. Il se produit un saignement assez abondant que l'on arrête cependant facilement par une légère compression et un pansement sec. On peut appliquer un pansement humide six heures après. Il se produit pendant un jour ou deux un écoulement de sérosité à travers les incisions. Il n'y a danger ni d'œdème, ni d'infection, et l'opéré se sent absolument bien.

L. Jumon.

Chloroformisation de l'homme, par A. Waller (*Lanct.*, 28 novembre 1903). — Les recherches de laboratoire, sources de cet article, ont porté sur les animaux servant aux études de physiologie, et répondent en partie à la campagne antivivisectionniste, ardente en Angleterre.

L'auteur a construit avec une valve de Chauveau un appareil qui mesure les quantités d'air et de chloroforme inspirées et expirées. Il est ainsi arrivé à produire et à prolonger sans danger l'anesthésie chloroformique. Il a eu plusieurs occasions d'appliquer sa méthode. La proportion de chloroforme doit être entre 1 et 2 0/0 des gaz inspirés, étant données la température et la pression du mélange.

Le procédé empirique qui verse le chloroforme sur une compresse réalise ces conditions, si celle-ci est tenue à une certaine distance du sujet. On comprend l'importance qu'il y avait à posséder une méthode sûre et un appareil mélangeur et doseur de confiance.

A. Darier.

Appareil pulmonaire
Cœur et Vaisseaux

Dr G. LYON

Ex-chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Traitement interne de la pleurésie avec épanchement, par LEWASCHEW (*Wien. med. Presse*, 11 et 18 septembre 1904). — D'après les résultats qu'il a obtenus du traitement des pleurésies avec épanchement, l'auteur tire des conclusions que nous résumons. Il n'est pas rare d'observer un arrêt temporaire ou définitif de la pleurésie sous la seule influence d'une meilleure hygiène et de la suppression des causes qui ont entretenu l'inflammation, aussi ne doit-on tenir compte des effets attribuables à diverses méthodes de traitement que lorsqu'il est démontré que dans un cas donné il n'y a plus de tendance à la guérison spontanée.

C'est parce qu'on n'a pas observé cette règle qu'il existe des opinions contradictoires sur la valeur des différents procédés thérapeutiques employés dans le traitement de la pleurésie

L'emploi externe de diverses substances révulsives, soit sous forme de vésicatoires, soit sous celui de badigeonnages de teinture d'iode, teinture d'iode et gaïacol ne s'accompagne d'aucune action réelle sur les phénomènes pleuraux ni sur la résorption de l'épanchement, et par conséquent il est inutile dans la plupart des cas.

Des divers procédés de traitement de la pleurésie avec épanchement par les médicaments internes, seul l'emploi de préparations salicylées jouit d'une efficacité plus ou moins grande, pour arrêter les progrès de l'inflammation surtout dans les cas légers et amener la résorption de l'épanchement. C'est naturellement le salicylate de soude qui doit être employé comme étant beaucoup plus facilement supporté que l'acide salicylique.

Il n'est pas nécessaire d'employer de très fortes doses de ce médicament qui entraîne des actions accessoires plus ou moins fâcheuses, d'autant plus que comparativement aux doses moyennes elles n'ont pas d'action plus intense sur les phénomènes inflammatoires de la pleurésie et sur l'épanchement.

Si l'emploi du salicylate de soude à l'intérieur n'a pas donné les résultats désirés dans les deux ou trois premières semaines, le médicament reste inactif dans la suite ; dans ces cas on renoncera au médicament pour employer un traitement plus efficace. On arrive à obtenir des résultats positifs de la médication salicylée à peu près dans le tiers des cas; dans les autres, surtout les cas graves ou de moyenne gravité avec grand épanchement, les phénomènes morbides continuent malgré l'emploi des préparations ou se développent malgré ce traitement. En pareil cas la thoracentèse peut seule procurer la guérison et constitue même la seule méthode applicable dans la plupart des cas de pleurésie avec épanchement. D'après l'ensemble de ces observations, l'auteur donne 0 gr. 50 à 0 gr. 80 quatre à six fois par jour, tout en diminuant un peu la dose chez les femmes et les malades affaiblis.

L. JUMON.

Contribution à la thoracentèse avec introduction d'air stérilisé, par A. PISANI (*Gazzetta Medica Italiana*, n° 9, 1904). — L'auteur pense que la thoracentèse, telle qu'on la pratique aujourd'hui dans la plus grande partie des cas, ne donne pas des résultats très bons et n'est pas rationnelle : il est partisan de la méthode préconisée par Torlanini en 1902.

Cette méthode diffère des autres par le fait qu'on extrait complètement l'exsudat et qu'on élimine progressivement la cavité pleurale. Cette cavité, virtuelle dans les conditions physiologiques, devient réelle après l'extraction des épanchements, particulièrement s'ils sont très abondants, s'ils ont duré longtemps et ont donné lieu à la rétraction du poumon, qui tend alors à ne reprendre que très lentement son volume ordinaire. Ces conditions sont favorables à une nouvelle et rapide formation d'exsudat et s'opposent au fonctionnement normal du poumon.

Avec la thoracentèse pneumatique, on vide complètement la cavité de la plèvre, et par le moyen de l'air stérilisé, qu'on introduit, on empêche l'immédiate effusion de liquide. Puis, l'air injecté est résorbé; pendant ce temps, on obtient par l'aérothérapie (air comprimé) la dilatation graduelle du poumon qui reprend sa fonction normale.

L'auteur a ainsi traité plusieurs cas avec de très bons résultats. Dans un cas, par exemple, il s'agissait d'une fillette de neuf ans, souffrant depuis plusieurs mois d'une pleurésie séreuse très grave ; dans ce cas aussi, le liquide ne se reproduisit plus, le cœur fortement déplacé reprit sa position normale et le poumon retrouva l'intégrité de son fonctionnement.

Cette méthode est, en conséquence, à recommander, même au simple praticien.

A.-L. PERCIVAL.

Les inhalations médicamenteuses (*Deutsche med. Ztg.*, n° 36, 1904). — GUNSEL estime que la vapeur d'eau surchauffée constitue le meilleur

véhicule pour l'introduction de médicaments dans les alvéoles pulmonaires: d'un autre côté, cette introduction dépend de leur degré de participation à l'acte respiratoire et de leur pouvoir aspirateur.

Les médicaments, pour exercer une action vivifiante sur la muqueuse ou agir en profondeur contre les bacilles, doivent présenter une réaction alcaline. Les acides et les sels métalliques sont à rejeter, car ils se précipitent et exercent des actions astringentes et corrosives nuisibles. Le chlorure de sodium et les eaux minérales qui en contiennent présentent une action excitatrice des épithéliums à cils vibratiles, et favorisent en même temps l'expectoration.

E. Vogt.

Cas de bronchite fibrineuse chronique avec remarques sur ce traitement, par W. Moser (*Med. Record*, 6 août 1904). Un homme âgé de 48 ans avait eu plusieurs fois des accès de toux grave et de dyspnée. L'expectoration souvent sanguinolente contenait des masses tubuleuses présentant l'aspect ramifié caractéristique quand on les jetait dans l'eau. Ces cylindres étaient constitués surtout par de la fibrine et de la mucine. Les signes physiques étaient ceux d'une bronchite grave avec diminution de la respiration d'un côté. On n'entendait pas de bruit de drapeau. De temps à autre, le patient avait des accès de recrudescence accompagnés de fièvre.

Le traitement de cette bronchite fibrineuse idiopathique consiste dans l'administration précoce de la créosote et de l'huile de foie de morue. La créosote semble arrêter les attaques, améliorer de la nutrition et diminuer la tendance à la tuberculose qui est le plus à craindre. L'extension des fausses membranes aux alvéoles peut donner de la pneumonie.

Dans la forme aiguë, la mort par suffocation est plus à redouter que dans la variété chronique. Dans les deux formes, l'oxygène rend des services pour calmer la dyspnée. L'auteur recommande ici les vomitifs et les inhalations de vapeur d'eau pour détacher les fausses membranes. On peut employer un spray alcalin de bicarbonate de soude. Pour calmer la toux, on peut recourir à la codéine à dose de 0 gr. 02 ou 0 gr. 03. L'air pur et un régime reconstituant sont importants.

L'iodure de potassium et le mercure sont inutiles, bien que la syphilis puisse intervenir dans l'étiologie d'un certain nombre de cas. Biermer a conseillé le mercure dans les cas aigus.

L. Jumon.

Contribution au traitement des abcès pulmonaires et à l'exploration pulmonaire (*Riforma Medica*, n° 19, 1904). — G. Cavazzani pense que dans les maladies pulmonaires; si difficiles parfois à diagnostiquer, on devrait avoir recours plus souvent qu'à présent à l'exploration directe du poumon. La méthode proposée par Tuffier pour l'exploration du poumon, consistant à respecter la plèvre pariétale en réséquant les parois thoraciques, n'est pas toujours possible et le pneumo-thorax consécutif expose à des complications très sérieuses.

L'auteur a obtenu un bon résultat dans un cas d'abcès par le procédé suivant : après examen minutieux du poumon mis à nu, il sutura dans la plaie un lambeau pulmonaire; enleva complètement l'air à l'aide d'une pompe aspirante et referma hermétiquement la blessure. Il propose de recourir à cette méthode, employée ensuite par Delagénière, dans le traitement des affections pulmonaires justiciables d'une intervention chirurgicale.

Ce procédé est certainement bien préférable à celui très compliqué proposé par Mikulicz et Sazerbruch, et consistant à opérer dans une salle vitrée sous pression atmosphérique négative. L'auteur croit enfin qu'on peut très bien intervenir au cours de l'exploration de la plaie, si on a soin de combler les vides au moyen de la solution normale physiologique ou avec des substances indifférentes qui en se résorbant lentement permettent une adaptation physiologique entre le contenu et le contenant.

A.-L. Percival.

Principaux éléments de la cure de montagne, par Laumonier (*Bull. gén. de Thérapeutique*, 15 septembre 1904). — Alors que le pourcentage des éléments de l'air ne varie pas sensiblement avec l'altitude, la pression et quelques-uns des éléments secondaires de l'atmosphère varient dans des proportions notables. L'acide carbonique, qui peut monter à 3 ou 4 p. 10000 dans l'air des villes, reste à 1 ou 2 sur les hauteurs. L'ozone, au contraire, augmente notablement, et passe de 0 gr. 002 par 100 mètres cubes d'air, à Paris, 0 gr. 012 au Pic du Midi. Cette augmentation tient peut-être à la fréquence, dans les hauteurs, des décharges électriques, à l'oxydation des résines végétales, et à l'absence ou à la rareté des matières organiques de décomposition facilement oxydables, matières dont l'abondance dans les plaines entraîne rapidement la fixation de l'ozone. Cette teneur de l'air en ozone n'est pas négligeable, en raison des propriétés actives de ce corps, qui est un oxydant et un bactéricide extrêmement énergique. Les propriétés intervien-

nent dans la cure de montagne, sans doute par l'effet qu'elles exercent sur les germes atmosphériques, dont l'air des montagnes est beaucoup moins chargé que celui des plaines et des villes : il peut même, à une certaine altitude, en être complètement dépourvu.

Cette rareté des germes est regardée comme une des principales causes de la bien moindre fréquence de la tuberculose chez les habitants des régions élevées.

Il ne faudrait pas cependant exagérer l'importance de ces résultats et en conclure, comme on l'a fait un peu hâtivement au moment de l'installation des sanatoriums d'altitude, que le milieu orique peut immuniser contre la phtisie. Ce milieu, en réalité, n'agit pas plus efficacement contre le bacille de Koch que contre la plupart des autres bactéries pathogènes. Quand l'infection tuberculeuse est en pleine évolution, elle résiste au climat de montagne et à l'influence de l'altitude, qui semblent même impuissants à en modérer bien sensiblement les progrès. Mais le milieu orique, en diminuant la fréquence et la virulence des bactéries pathogènes, et en augmentant la résistance vitale, exerce une véritable action protectrice chez les individus non infectés, curative chez ceux qui ne le sont que très légèrement. Aussi peut-on dire que la montagne modifie surtout le terrain de culture, quand il est encore modifiable et que les moyens de défense de l'économie ne sont pas entièrement et définitivement ruinés. Sur les hauteurs, les suppurations, les grandes épidémies sont exceptionnelles et bénignes en général.

La question de savoir à quelle altitude commence à s'exercer l'action protectrice du milieu orique n'est pas encore complètement résolue. Jourdanet admettait que cette limite doit être placée à égale distance du niveau de la mer et de celui des neiges éternelles. Mais cette manière de voir n'est pas toujours vérifiée. Dans les grandes Alpes, où les neiges éternelles descendent de 2.600 mètres, cette limite oscille autour de 1.500 à 1.800 mètres. Dans les Pyrénées-Orientales, où il n'y a pas de neiges éternelles, elle tombe à 1.300 mètres et même plus bas, au voisinage de la Méditerranée ; dans le Cantal et au Mezenc, l'action protectrice est sensible dès 1.200 mètres. Cette limite ne paraît donc pas uniquement dépendante de la latitude. Il faut aussi faire intervenir le milieu orique proprement dit, le climat de montagne.

Le climat de montagne présente en dehors de la diminution de la pression barométrique, une sécheresse remarquable de l'air.

Comme la pression, la température diminue avec l'altitude. Mais l'air pur est diathermane et n'emmagasine pas les radiations calorifiques, que réfléchissent, en hiver, par exemple, les neiges des hautes chaînes. Le milieu ne s'échauffe donc pas ; un thermomètre à l'ombre peut indiquer plusieurs degrés au-dessous de zéro, alors que, exposé aux rayons solaires, il monte jusqu'à + 20° et au-delà. L'homme n'est pas un milieu diathermane ; il se comporte comme la boule noircie du thermomètre ; il se comporte comme la boule noircie du thermomètre ; il emmagasine la chaleur, il s'échauffe. Aussi voit-on les personnes qui résident dans les stations hivernales, comme Davos, se vêtir légèrement, bien que la température soit au-dessous de la glace à l'ombre. Cette condition fait que les froids de l'hiver sont à peine perceptibles sur les hauteurs, pendant la durée de l'insolation. La température la plus élevée de l'été reste toujours supportable, parce que la sécheresse de l'air pendant la belle saison permet une transpiration rapide et facile. Les nuits sont toujours froides, en raison de l'intensité du rayonnement nocturne.

La grande sécheresse de l'air des montagnes est le résultat des condensations rapides qui s'opèrent sur leurs flancs. Elle entraîne plusieurs phénomènes remarquables : d'abord, le ralentissement marqué des fermentations et des putréfactions ; en second lieu, la rapidité de l'évaporation et de la dessiccation, qui assure une sudation aisée et le rafraîchissement convenable de la peau, l'assèchement des objets humides, parfois même la disparition de certaines sécrétions pathologiques (coryzas rebelles, trachéo-laryngites, eczémas humides, etc.) ; enfin une exceptionnelle transparence de l'atmosphère, qui laisse passer la totalité des radiations solaires, aussi bien calorifiques que chimiques : or, on sait avec quelle énergie ces radiations agissent pour diminuer l'activité des ferments nocifs et augmenter au contraire l'intensité des échanges nutritifs.

Mais, comme les montagnes sont de grands condenseurs d'humidité, les brouillards, les pluies et les neiges y sont fréquents. Passagers en hiver plus encore qu'en été, ces phénomènes ne sont durables que pendant le printemps et l'automne. Aussi ces deux saisons sont-elles de celles qu'il faut éviter de passer en montagne.

Les versants qui reçoivent les vents chauds et humides des plaines et de la mer sont plus sujets à ces graves inconvénients que les versants opposés, au-dessus desquels passe l'air que les crêtes ont dépouillé de leur humidité. Il faut donc toujours choisir les régions protégées des vents humides et situées de préférence sur les flancs découverts. Dans ces conditions, l'hiver n'est pas une contre-indication

de séjour, pourvu que la station soit aménagée en conséquence.

E. Vogt.

Quelques médicaments utiles dans les affections cardiaques, par S. Solis Cohen, (*Medical Age*, 10 septembre 1904). — En discutant l'utilité du traitement médicamenteux dans l'asystolie et le collapsus cardiaque, l'auteur assure que le médicament qui offre la plus grande valeur à cet égard est l'extrait surrénal qui peut être donné à l'intérieur ou injecté sous la peau. Mais ses effets sont rapides et transitoires.

Le second médicament en importance contre le collapsus cardiaque est le camphre qui peut être injecté sous la peau en solution huileuse stérilisée à 10 0/0 ou en solution à 10 0/0 dans l'éther. Un dosage exact n'est pas nécessaire, on peut se servir d'une seringne d'un ou deux grammes. L'effet est rapide et persiste en général quelques heures.

En troisième lieu, on peut recourir au musc. Malheureusement ce que l'on vend sous le nom de musc consiste souvent dans la paroi extérieure de la poche mélangée à une certaine dose de malpropretés, au point de vue thérapeutique c'est alors une substance inerte. Le véritable musc est une substance coûteuse, mais d'une action réellement efficace. Aussi l'auteur donne-t-il au médecin le conseil de s'en procurer lui-même, surtout sous forme de teinture. Cinq ou six gouttes de teinture de musc administrées en injections sous-cutanées exercent une action puissante pour combattre le collapsus cardiaque, et d'autre part, l'action du musc est plus soutenue que celle du camphre. Dans les cas où l'on suppose que le collapsus peut se produire, il est bon de donner cinq à dix gouttes de teinture de musc par la bouche, deux ou trois fois par jour, afin de prévenir l'accident. La solution camphrée et les préparations surrénales seront réservées pour les accidents subits.

L. Jumon.

Maladies du Larynx du Nez et des Oreilles

Dr Courtade

Ancien interne des hôpitaux.

Diagnostic et traitement des abcès periamygdaliens, par le Dr Dieu (*Annales méd.-chir., du Centre*, mai 1904). — L'auteur fait remarquer que la crainte de l'hémorragie, qui est la cause de l'abstention opératoire, n'a pas sa raison d'être. Il cite deux observations où il a dû intervenir dans les premiers jours de l'affection.

Moure classe les abcès périamygdaliens en : antéro-supérieurs, postérieurs, inférieurs et externes. La première variété est la plus fréquente, car elle a été observée 26 fois sur 46 cas ; le début peut être brusque ou être précédé pendant quatre à cinq jours d'une angine unilatérale, prémonitoire ; au bout de deux ou trois jours, on constate du gonflement de la partie antéro-supérieure du voile, du pilier antérieur et de la luette, le refoulement en dedans et en bas de l'amygdale atteinte ; l'index peut parfois relever de la fluctuation quand il explore un peu en dehors et en haut du bord libre du pilier antérieur.

Les abcès périamygdaliens postérieurs n'ont été rencontrés que 12 fois sur 46 cas ; le pus est pour ainsi dire collecté dans l'épaisseur du pilier postérieur qui devient arrondi, volumineux, et repousse en avant l'amygdale correspondante : le pilier antérieur reste indemne. L'ouverture spontanée de la collection purulente peut se faire en arrière de l'amygdale ; dans d'autres cas, le pus fait saillie au point de Lemaistre.

L'abcès périamygdalien externe qui se distingue difficilement de l'adéno-phlegmon, latéro-pharyngien se traduirait par les signes suivants : projection en dedans de l'amygdale, piliers postérieurs un peu œdémateux mais pâles et décolorés, et le plus souvent intégrité du voile et de la luette.

Les abcès inférieurs sont les plus rares ; la tuméfaction est limitée à la partie inférieure de l'amygdale et s'accompagne d'un empâtement profond de la région sus-hyoïdienne latérale.

Dans les cas d'abcès amygdaliens, il faut intervenir dans les trois ou quatre premiers jours soit avec le bistouri, soit avec le galvano-cautère comme le conseille Moure.

Si l'abcès est antéro-supérieur, plonger le bistouri à 1 centimètre du bord interne du pilier antérieur et à l'union du 1/3 supérieur avec les 2/3 inférieurs en dirigeant la pointe vers la ligne médiane (point de Lemaistre). Ruault se sert du crochet à discision pour ouvrir la fossette sus-amygdalienne.

Dans l'abcès postérieur, inciser le pilier postérieur au niveau du 1/3 supérieur de la glande.

A. Courtade.

De l'emploi du salicylate de soude dans le traitement des angines, par M. Meyer (*Revue médic. de l'Est*, mai 1904). — M. Meyer, dans les cas d'angine inflammatoire simple, prescrit des gargarismes de salicylate de soude. Il fait

diluer une cuillerée à bouche de la solution suivante : salicylate de soude 6 grammes, eau 120 grammes dans un demi verre d'eau chaude; le malade doit se gargariser huit fois ou davantage dans les vingt-quatre heures. Dès l'emploi de ce topique, la douleur cesse et la déglutition devient possible.

Le salicylate de soude présente une action anesthésique sur toute la muqueuse pharyngienne et même sur les gencives douloureuses après l'avulsion d'une dent; une solution à 5 0/0 calme très rapidement la douleur des engelures ulcérées et favorise la cicatrisation.

Dans les cas d'angine pultacée ou de pseudo-diphtérie, les fausses membranes disparaissent en deux ou trois jours et ne reparaissent pas si on a soin de continuer quelque temps l'usage des gargarismes.

Le salol a été aussi prescrit dans les mêmes cas.

Les bons effets du salicylate de soude employés en gargarisme observés par M. Meyer depuis 1895, nous les avons obtenus depuis 1885 sur nous-mêmes et de nombreux malades, mais à l'état de potion. Il est bien rare que quelque violente que soit la douleur de l'angine, elle ne cède pas à une potion contenant 1 à 3 grammes de salicylate de soude; cependant, nous avons vu de pareils cas que le salol parvenait à calmer immédiatement.

Nous considérons le salicylate de soude comme un véritable spécifique des angines, et nous ne pouvons que confirmer les excellents résultats qu'en a obtenu M. Meyer.

A. Courtade.

De la trachéotomie au cours de la tuberculose du larynx, par Gaudier (*Echo méd. du Nord*, juin 1904). — M. Gaudier a eu l'occasion de pratiquer sept fois la trachéotomie au cours de la tuberculose laryngée et en donne les résultats éloignés et immédiats.

Certains auteurs regardent la trachéotomie comme un moyen régulier de traitement de la tuberculose laryngée ; le larynx est ainsi placé dans un repos complet.

Si un gonflement considérable des bandes ventriculaires et des aryténoïdes ferme la glotte, nul doute que l'opération ne s'impose dans ces cas, pour permettre au malade de respirer aisément ; mais l'indication est discutable quand il n'existe pas de laryngosténose. Robinson est d'avis que la trachéotomie doit être pratiquée dès que le diagnostic de tuberculose laryngée est bien établi.

A. Courtade.

Utilité de la trachéotomie dans la tuberculose laryngée (*Arch. f. Laryngologie u. Rhinologie*, fasc. 2, 1904). — Henrici a obtenu chez deux enfants des résultats remarquables, mais il estime qu'il faut choisir minutieusement les cas, car les modifications que produit le changement du type respiratoire sont importantes. Au début, le travail des poumons est notablement augmenté et on observe de fréquents accès de toux. L'air n'arrivant plus réchauffé, purifié et chargé de vapeur d'eau dans le poumon, comme dans la respiration normale, il faut au début faire respirer au malade un air chargé de vapeur d'eau, protéger l'entrée de la canule par de la gaze, et habituer progressivement le sujet à l'action de l'air extérieur.

Les avantages de la trachéotomie consistent dans le repos de l'organe malade, la disparition de la dysphagie (ce qui permet une alimentation plus substantielle), etc.

Les indications de la trachéotomie sont : l'existence d'une sténose, de lésions peu avancées du poumon, d'un processus laryngé à marche rapide, de dysphagie. Les fébricitants ne seront pas opérés.

E. Vogt.

Du choix des pièces prothétiques dans la rhinoplastie, par M. Martin (*Bulletin de la Soc. de chir. de Lyon*, 1904). — On sait combien la tolérance est rare et difficile pour les pièces métalliques destinées à servir de squelette artificiel dans la restauration chirurgicale du nez. Rien n'est plus désirable cependant que de trouver la solution de ce difficile problème : faire tolérer par les tissus un appareil suffisamment léger, aseptique et solide à la fois, pour être immuable dans la position qu'il doit occuper, sans ulcérer les tissus et sans s'éliminer tôt ou tard. Les méthodes auto-plastiques, qui consistent à superposer plusieurs plans au-dessus de l'appareil métallique, n'ont pas toujours suffi à empêcher les échecs. De tous les métaux qu'il a essayés, M. Martin a déclaré récemment que le *platine iridié* était le seul qui lui ait donné des résultats parfaits. Après l'avoir solidement fixé sur le squelette qui les supporte très bien, on fixe les lambeaux en couche suffisamment épaisse. Des trous sont ménagés en nsmbre suffisant dans les lames métalliques de l'appareil protbétique. De cette façon, les bourgeons charnus s'unissent dans les vides et finissent par faire corps avec la pièce. Des malades ont été suivis à longue échéance, sans que les bons résultats aient été infirmés.

A. Benoit.

Traitement de l'otite moyenne aiguë, par John A. Donovan (*Medical News*, 17 sept. 1994). — Voici les conclusions du travail de l'auteur : Dans toutes les maladies du naso-pharynx, il faut toujours employer les précautions convenables afin d'éviter les infections de la trompe d'Eustache.

On doit toujours enlever les tissus adénoïdes en quelque quantité qu'ils se trouvent et les amygdales lorsqu'elles donnent lieu à des troubles pathologiques.

Avec les premiers symptômes de douleurs d'oreilles, on emploie la chaleur et les médicaments déshydratants ; si le traitement ne produit pas de soulagement en quelques heures, il faut recourir à l'opération Lorsque cela est possible, on se servira d'un courant continu d'air chaud à l'aide du cathéter, manœuvre qu'on répètera toutes les huit ou dix heures.

Si les symptômes ne cèdent pas par ces méthodes en dix à vingt-quatre heures, on fera une large incision à travers tout le tympan. On se servira de gaze aseptique pour assuurer le drainage. Jamais on ne laissera le malade souffrir plus de quarante-huit heures, ce qui est le laisser exposé aux risques de complications.

L. Jumon.

De la mastoïdite aiguë suppurée latente, comme complication de l'otite moyenne aiguë catarrhale, par Taptas (*Gazette Médic. d'Orient*, avril 1904). — L'auteur rapporte cinq observations de mastoïdites consécutives à des otites moyennes catarrhales ou subaiguës sans écoulement de pus par le conduit auditif; l'observation II est très démonstrative à cet égard. Quoique ces faits soient connus, ils sont assez rares pour qu'ils méritent d'être rapportés.

M. Taptas en tire les conclusions suivantes : une mastoïdite latente peut être le résultat d'une simple otite aiguë catarrhale.

Les symptômes de ces mastoïdites sont : douleurs spontanées derrière l'oreille et à la tempe, forte diminution ou perte de l'audition aérienne et rougeur du tympan ; audition osseuse conservée ; la fièvre est légère ou nulle.

Les douleurs sont surtout spontanées avec exacerbation nocturne; elles sont intermittentes et peuvent disparaître pendant plusieurs jours.

La sensibilité à la pression est généralement augmentée, surtout sur le bord postérieur de l'apophyse; néanmoins cette sensibilité peut être très légère.

La caisse peut être vide ou contenir un exsudat séreux. « Devant la persistance des symptômes il ne faut pas hésiter à intervenir pour ouvrir la mastoïde. Si l'antre se montre sain ou légèrement atteint, il ne faut pas finir l'opération avant d'avoir inspecté l'état de la dure-mère au niveau du sinus latéral, et, si les syptômes étaient prononcés, au niveau de la fosse temporale aussi. »

A. Courtade.

Maladies vénériennes
Maladies de la Peau

Dr Morel-Lavallée

Médecin des Hôpitaux.

Les frictions mercurielles dans la syphilis (*Berl. Klin. ther. Wochenschrift*, n° 15, 1904). Fetschenko a expérimenté sur 150 malades les diverses préparations d'onguent hydrargyrique au point de vue de leur résorption. Celle-ci est pour l'auteur beaucoup plus faible qu'on ne le prétend d'ordinaire : pour l'onguent gris par exemple, la proportion est de 25 0/0, et cela pour l'onguent préparé depuis quelque temps déjà et ne contenant pas de lanoline : si la pommade est fraîchement préparée, si elle contient de la lanoline, l'absorption est beaucoup plus faible. La résorbine et le vasogène, la première surtout, sont d'excellents excipients.

Il est inutile de prolonger la friction au-delà d'une demi heure, d'augmenter la quantité d'onguent appliquée sur un point : la peau présente une faculté de résorption dont la limite ne saurait être dépassée : cette limite est beaucoup plus large chez le sujet qui se lave fréquemment, et la résorption atteint son maximum après un bain chaud savonneux. En été, la résorption est plus active qu'en hiver, et le massage énergique la favorise, ainsi que l'addition d'essences à la masse (essence de gaultheria, de menthe).

E. Vogt.

Action du radium dans les affections cutanées (*Congrès dermatol. international*, Berlin, 12-17 septembre 1904). — Scholtz constate que l'action des rayons émanés du radium rappelle celle des rayons X, mais s'en distingue par les points suivants : 1° le radium agit plus énergiquement sur les vaisseaux, son action en profondeur est plus marquée et il possède des propriétés bactéricides ; 2° le radium exerce une action plus intense et plus favorable que les rayons dans tous les cas de néoplasme malin cutané (carcinomes surtout), et en cas de télangiectasie et d'angiomes de petit volume ; 3° enfin, le radium peut être employé facilement dans les cavités de l'économie.

E. Vogt.

Traitement de la tuberculose de la peau, par B. Hartzell (*Medical Age*, août 1904). — Le traitement général de la tuberculose de la peau ne diffère en rien de celui de la tuberculose des autres tissus. Le malade doit avoir en abondance de l'air pur et à cet effet doit passer une grande partie de son temps dehors. Il doit absorber en assez forte quantité des aliments très substantiels et d'une digestion facile; les œufs et le lait doivent constituer une large part de son régime. Si ses fonctions digestives ne doivent pas s'en ressentir, le malade prendra de l'huile de foie de morue. L'huile pure est supérieure à tous les mélanges, aussi bien au point de vue du goût que de ses effets thérapeutiques.

Dans le lupus vulgaire, deux moyens thérapeutiques locaux ont une valeur spéciale. Ces moyens sont la lumière concentrée d'après la méthode de Finsen et les rayons X. Leur action est évidente, bien qu'elle soit mise en pratique depuis peu de temps. La lumière de Finsen est préférable lorsque l'aire atteinte est d'une étendue restreinte, mais le temps exigé pour les expositions empêche l'application du traitement dans beaucoup de cas. Les rayons X agissent beaucoup plus rapidement que la lumière et l'on peut traiter une surface beaucoup plus grande à chaque séance; on doit donc les préférer dans les cas où les lésions sont étendues. Lorsqu'il n'existe qu'une tache d'étendue restreinte et dans une région qui s'y prête, on peut pratiquer l'excision complète suivie de la transplantation d'un lambeau de peau saine, c'est là le traitement le plus rapide. On obtient des résultats généralement satisfaisants dans la tuberculose muqueuse par le curettage, suivi de cautérisation par la potasse caustique ou d'une application d'un emplâtre à l'acide pyrogallique. Si les malades refusent ce traitement, on a dans ce cas recours aux rayons X qui donnent de bons résultats.

Le lichen scrofuleux cède facilement au traitement par l'huile de foie de morue prise à l'intérieur et appliquée localement. Crooker trouve que les frictions avec la vaseline sont aussi efficaces que l'huile de foie de morue et sont beaucoup moins désagréables.

Les ulcères scrofuleux doivent être entretenus dans un état aussi aseptique que possible. On applique deux fois par jour une pommade stimulante, de préférence une pommade mercurielle. L'application d'une poudre sèche, iodoforme, aristol ou autre produit iodé, donne souvent de bons résultats.

L. Jumon.

Traitement de l'épithélioma cutané (*Congrès dermatol. international*, Berlin, 12-17 septembre 1904). — *Discussion*. Le Pr Petersen (de Saint-Pétersbourg) a obtenu par la congélation des améliorations accentuées, mais pas de guérisons.

Le Pr Bergmann préfère le bistouri, qui donnera des résultats irréprochables le jour où malades et médecins se décideront à une intervention précoce : le traitement par les rayons X, toujours très long, empêche, en cas de non réussite, d'intervenir à temps pour l'opération sanglante. Seuls, les cancers inopérables devraient être soumis à la médication nouvelle.

Lesser est convaincu, après des essais ayant duré plusieurs années, que l'ulcus rodens est justiciable de la radiothérapie et que les cicatrices obtenues sont de bien meilleur aspect qu'avec les autres procédés : les cancers profonds échappent à la médication.

Herxheimer, au contraire, n'a pas obtenu de résultats durables avec la radiothérapie, et Weill estime que si l'intervention chirurgicale guérit tous les cas, il est du devoir du médecin de la conseiller, même si une cicatrice devait en résulter, car on ne peut guérir tous les cas au moyen des rayons X.

Buschke et Schmidt sont arrivés, par voie expérimentale, aux conclusions suivantes : Il est possible, sans léser gravement la peau, de faire disparaître des épithéliums situés profondément dans le tégument cutané : l'épithélium glandulaire peut, sous l'influence des rayons X, se nécroser, et la fonction des glandes être annihilée, sans qu'on observe des modifications marquées des éléments anatomiques.

E. Vogt.

Guérison d'un nævus vasculaire plan étendu par la phototherapie, par Bordier (*Arch. d'électr. médicale*, 25 septembre 1904). — Jusqu'à présent, les cas de nœvus plan guéris par la photothérapie se comptent : Finsen a rapporté un cas suivi de guérison.

L'auteur dispose d'une guérison très remarquable obtenue chez une jeune fille; le nævus était constitué par deux taches rouges presque parallèles au sillon naso-labial et rectangulaires; en arrière de ces taches, il y avait un semis de taches rouges plus petites ressemblant à des îlots. La coloration de ce nœvus était de celles que l'on comprend sous le nom de taches de vin.

Au moyen de bandes de caoutchouc, l'auteur exerça une compression énergique, et fit agir un courant de 16 à 18 ampères; la durée de chaque application a été régulièrement d'une heure.

D'abord on soumit toute la surface du nævus à l'action des radiations ultra-violettes en faisant une séance tous les jours ; quand tous les points de la tache de vin eurent ainsi reçu les radiations, on laissa les parties brûlées s'éliminer, ce qui demandait une dizaine de jours ; puis on recommença les séances quotidiennes en suivant la même marche que dans la première série d'applications.

On fit ainsi trois applications successives de photothérapie ; pour la tache la plus rapprochée du nez on en fit quatre. Il y avait toujours une réaction inflammatoire vive un peu douloureuse au toucher ou pendant la contraction des muscles sous-jacents, puis chute de la partie ainsi escharifiée. C'est la destruction successive d'une épaisseur plus ou moins considérable de la région pigmentée qui a fini par faire disparaître le nævus. Après chaque série d'applications, la coloration était moins foncée et pour voir le nævus il fallait se placer à une distance de plus en plus petite.

Au bout de trois mois, le nævus avait complètement disparu.

L'auteur croit que toutes les taches rouges ou de couleur marron, peuvent être guéries par le même procédé. C'est une question de compression et de durée d'action des radiations efficaces.

E. Vogt.

Dermatite des primevères, par W. Dubreuilh (*Journal de méd. de Bordeaux*, 25 sept. 1904). — Un très grand nombre de plantes exercent par le contact avec la peau une action irritante qui se traduit par des éruptions aiguës ou chroniques, ces dernières dues à la répétition de l'action irritante. Certaines espèces de primevères cultivées peuvent déterminer de violentes éruptions, telles sont la *Primula auricula*, *P. sinensis*, *P. obconica*, *P. cortusoides*. Après un contact, le malade éprouve quelques heures plus tard une vive cuisson, la peau rougit, s'œdématie, se couvre de fines vésicules cohérentes, parfois en bulles, le prurit est intense, surtout le soir. L'éruption guérit au bout de plusieurs jours. Les parties les plus constamment atteintes sont les mains, surtout la face dorsale entre les doigts, l'éruption de là s'étend sur les avant-bras. La face est presque toujours atteinte en même temps, elle est rouge, gonflée, érysipélateuse, les conjonctives peuvent être fortement enflammées. En général, il n'y a pas de fièvre. Si l'action toxique est répétée, l'éruption devient chronique et prend l'aspect d'un eczéma à poussées aiguës, suintantes, localisées aux mains, à la face et au cou. La forme chronique est interrompue de poussées aiguës. L'éruption est due à la présence d'un liquide irritant contenu dans des poils dont sont recouvertes les feuilles à la face inférieure.

Le traitement radical de cette affection, d'après l'auteur, consiste à éviter tout contact, même médiat avec les primevères ; Nestler cependant donne une indication qui peut être utile. Se fondant sur ce que le liquide visqueux sécrété par les poils des primevères est insoluble dans l'eau, mais soluble dans l'alcool fort, dans l'éther, la thérébentine, les solutions de potasse caustique, il conseille, sitôt l'éruption parue, de laver les parties malades avec de l'alcool, puis avec de l'eau et du savon. Le lavage fait aussitôt cesser le prurit et abrège la durée de l'éruption.

L. Jumon.

Idées modernes relatives à l'étiologie et au traitement de l'eczéma, par Z. Feldstein (*Medical Record*, 17 août 1904). — Les médecins semblent aujourd'hui divisés en deux camps, en ce qui concerne l'eczéma : ceux qui soutiennent l'étiologie parasitaire et ceux qui admettent qu'il n'est qu'une maladie constitutionnelle. Pour les premiers, les causes constitutionnelles ne feraient que favoriser la réaction cutanée, la cause réelle réside probablement dans les produits solubles des staphylocoques. L'auteur adopte cette dernière manière de voir. L'eczéma étant une maladie parasitaire, la seule chose nécessaire pour le produire est la congestion de la peau, qui peut être amenée par un trouble constitutionnel ou par des influences extérieures, mécaniques ou physiques. Une fois que les parasites se sont installés, il faut pour les détruire un parasiticide suffisamment pénétrant et en même temps suffisamment stimulant pour rétablir la peau dans sa fonction naturelle. Le traitement constitutionnel par suite n'est utile que comme adjuvant. Dans l'eczéma dit neuropathique par exemple, il faudra relever le système nerveux, mais même ce traitement n'amènera pas la guérison complète de l'eczéma.

On peut guérir un eczéma primitivement causé par une veine variqueuse par l'emploi d'un parasiticide pénétrant et stimulant, mais à moins de ne pas cesser l'application du parasiticide ou de supprimer la veine variqueuse, le patient est exposé à la récidive. Récemment, l'auteur s'est servi d'un mélange de Juniperus oxycedrus, de staphysaigre, de pin Sylvestre et d'Eugenia caryophyllata préparé sans graisse animale ; cette préparation est suffisamment pénétrante et en même temps inoffensive. Les démangeaisons cessent dès la première application et parfois les applications répétées à intervalles réguliers suppriment l'irritation.

En appliqnant un parasiticide excitant, il est nécessaire de commencer par des applications faibles, car on risquerait par une trop forte excitation de produire un eczéma artificiel. Ce dernier n'étant pas parasitaire cède facilement. Certaines régions sont facilement irritables, par exemple, le cuir chevelu et le scrotum. Il faut renoncer à cette idée que l'arsenic est un spécifique; en général, moins on donne de médicament et mieux cela vaut. Mais si l'on est obligé de recourir à des médicaments internes, on les choisira suivant des indications bien définies. Enfin, l'auteur combat toutes les précautions que l'on a formulées au point de vue du régime et les considère comme des erreurs provenant de cette croyance que toute éruption demande à être traitée au point de vue constitutionnel. L'eczéma n'est, dans l'immense majorité des cas, qu'une affection locale parasitaire, ne réclamant que des moyens locaux; c'est peut-être aller un peu vite en besogne.

L. Jumon.

La radiothérapie appliquée aux dermatoses prurigineuses, par Belot (*Congrès de l'Assoc. franç. pour l'avancement des Sciences*, Grenoble, 4 août 1904). — L'auteur a pu constater l'effet heureux de la radiothérapie sur un certain nombre de dermatoses prurigineuses.

Prurit sine materia. — Il emploie des rayons peu pénétrants et évite toute réaction locale. Le prurit s'atténue au bout de deux ou trois jours et cesse complètement au bout de dix à quinze jours. Il se produit des récidives et il existe des cas rebelles impossibles à prévoir.

Prurit avec lichenification. — Névrodermite de Brocq. — L'auteur a obtenu des résultats très intéressants sur dix malades. Cessation du prurit, disparition de la lichenification : la peau reprend son aspect normal peu à peu.

Les cas traités étaient des cas rebelles, ayant résisté à toute thérapeutique. Souvent, on doit, quinze à vingt jours après la première application, en faire une analogue à la première, rarement une troisième.

La plupart des malades traités ont été guéris : tous ont été améliorés. Cette méthode n'est qu'un procédé d'exception, mais elle peut rendre au praticien de précieux services.

Prurigo. — L'auteur a obtenu un résultat remarquable sur un enfant atteint du prurigo de Hebra, datant de deux ans, et ayant résisté à tout traitement. Une seule séance a été suffisante. Le prurit a cessé; le suintement s'est tari, les croutelles sont tombées et la peau a repris son aspect normal. Des lésions guéries depuis deux mois n'ont pas récidivé.

Lichen ruber planus. — Lichen corné. — Cessation des démangeaisons, disparition des éléments en une séance. Il existe des points rebelles et la récidive est possible. Dans un cas de lichen corné, une seule séance a déterminé la guérison de la lésion, trente jours après l'irradiation.

Eczéma. — L'auteur a obtenu quelques guérisons locales complètes d'eczémas chroniques vrais, rebelles aux autres médications. Doses massives : une seule séance par région malade.

Séborrhéides. — Cessation des démangeaisons, amélioration.

Cette méthode constitue un procédé de traitement local qui peut, dans certains cas rebelles, donner d'excellents résultats, alors que les colles, pommades, emplâtres, et même les applications électriques sont totalement inefficaces.

Dans toutes ces applications, les mesures exactes sont indispensables et, grâce à leur emploi méthodique, l'auteur n'a jamais eu à déplorer un seul accident grave.

E. Vogt.

Traitement de la trichophytie de la barbe, par Brocq (*Journ. de méd. et de chir. pratiques*, 10 septembre 1904). — L'auteur recommande la solution suivante :

Bichlorure de mercure.	0 gr. 20
Formol.....	0 gr. 75
Acétone.....	10 grammes
Alcool camphré.....	100 —

Us. ext.

On touchera les parties malades matin et soir avec cette préparation. Pour la nuit, on appliquera la vaseline iodée au 100e.

Vaseline pure.....	20 grammes
Iode métallique.....	0 gr. 20

L'emploi de l'acétone a pour avantage de rendre la préparation plus pénétrante.

E. Vogt.

Traitement du décubitus par la vapeur d'eau surchauffée (*Corresp. Bl. f. Schw. Aerzte*, fasc. 7, 1904). — Schlesinger, au moyen d'un appareil rappelant celui de Duhrssen pour la vaporisation utérine, a traité des surfaces ulcérées par décubitus au moyen d'un jet de vapeur à 108° C. environ, en plaçant l'appareil à 10 cm. environ de la peau, et en faisant agir la vapeur pendant 5 à 10 minutes : il a surtout essayé d'atteindre le pourtour des ulcères, en protégeant les régions cutanées facilement irritables (périnée, scrotum) avec une couche d'ouate.

Au bout de peu de jours, dans presque tous les cas, l'hyperémie active produite par le traitement a pour conséquence une désodorisation complète de l'ulcère, une élimination des parties sphacélées, et une suractivité du processus de granulations. Au début, on fera une séance quotidienne : plus tard, on fera bien de ménager le tissu cicatriciel de nouvelle formation en ne vaporisant que tous les deux à trois jours. Une épaisse couche de dermatol constitue le pansement.

La méthode est un peu douloureuse.

E. Vogt.

Pansements a l'alcool en cas d'engelures (*Klin. ther. Wochenschrift*, n° 12, 1904). — Lentz a constaté que ces pansements, appliqués pendant la nuit, augmentent les démangeaisons pendant les premières nuits, mais à partir du troisième pansement, en général, les douleurs s'atténuent, disparaissent même. Il ne fut jamais nécessaire de faire plus de huit applications. Sur les points traité, les engelures ne réapparaissent pas.

L'alcool à 70° est le plus efficace. On recouvre le point traité de 8 couches de gaze imbibée d'alcool; par dessus, un morceau de tissu imperméable perforé. On fixe au moyen d'une bande.

E. Vogt.

Gynécologie et Obstétrique.

Dr R. BLONDEL.

Chef de laboratoire

à la Maternité de la Charité.

Du traitement immédiat des déchirures du périnée, P. Eversmann (*Centralbl. für Gynäk.*, 27 février 1904, n° 8). — L'auteur s'élève à son tour contre l'abstention conseillée par Hégar dans les déchirures récentes du périnée. Dans les petites ruptures du premier degré, la conduite à tenir peut être discutée. Mais dans les déchirures du second degré, comme dans les ruptures complètes, on ne saurait espérer une guérison réelle si l'on n'a pas eu soin de rapprocher et de suturer les extrémités des fibres musculaires du périnée ou de l'anus, qui, comme tous les muscles, lorsqu'ils ont été sectionnés, subissent par rétraction un écartement plus ou moins grand. Une cicatrice cutanée ou fibreuse ne remplace point au point de vue fonctionnel une solide cicatrice musculaire.

Les difficultés d'opérer aseptiquement sont loin d'être insurmontables. L'auteur opère en général sans anesthésie, la femme étant dans le décubitus latéral, le siège débordant le lit, sauf quand une intervention sérieuse a nécessité l'anesthésie, la femme étant sur le dos au travers du lit. L'essentiel est de bien égaliser les lèvres de la plaie et de bien comprendre les plans profonds dans la suture.

Dans les deux dernières années, on a fait à la policlinique de Bonn 132 périnéorrhaphies immédiates, dont 39 pour déchirure pour le premier degré, 86 pour déchirure du second degré et 7 pour rupture complète.

Sur ces 122 cas le résultat fut mauvais dans un cas de déchirure du second degré et un cas de déchirure complète avec persistance d'une petite fistule recto-vaginale, donc 1,5 0/0 d'insuccès.

Dans six cas, il y eut une légère fièvre, soit 4,5 0/0, et encore ne peut-on pas sûrement attribuer à la suture l'élévation de température; notamment dans deux cas la fièvre préexistait à la suture et dans un autre cas on pouvait incriminer la délivrance artificielle.

Ces chiffres plaident en faveur de l'utilité de l'opération et en tout cas de son innocuité.

R. Blondel.

Du traitement des fistules vésico-vaginales postopératoires, par M. Bertram (*Centralb. für. Gynak.*), 27 février 1904. — Femme de 42 ans ayant subi en 1898 l'hystérectomie totale abdominale, pour cancer du corps utérin ; la vessie adhérait à l'utérus et il fallut réséquer une partie de la vessie atteinte de cancer de la dimension d'une pièce d'un franc. Suture de la vessie avec cinq fils de soie isolés ; le réservoir urinaire fut fixé avec le pédicule au-dessus de la symphyse (extrapéritonéalisation). Durant quatorze jours beaucoup d'urine s'écoulait par la plaie ; au bout de 16 autres jours, guérison complète.

Le 20 mai 1902, la femme revient apportant cinq calculs phosphatiques du volume d'une noisette, ayant chacun au centre un fil de soie. Ces calculs s'étaient éliminés par le vagin sans douleur. Dans l'angle postérieur de la cicatrice vaginale on voyait une fistule par laquelle l'urine s'écoulait.

Le 6 juin, on gonfle la vessie, on introduit un kolpeurynter dans le rectum, on fait une incision abdominale et on fend longitudinalement la paroi vésicale antérieure. Au milieu de la paroi postérieure on aperçoit un orifice fistuleux transversal de 2 centimètres de largeur qu'on circonscrit et excise. On libère la paroi vésicale postérieure à l'aide des ciseaux de

Cooper et on ferme la fistule par cinq sutures au catgut. On suture la paroi vésicale antérieure, on recouvre cette suture d'une mince bande de gaze et on ferme le ventre. En 10 jours guérison complète; toute l'urine s'écoule par la voie naturelle. Il n'y a pas jusqu'à présent de récidive du cancer.

L'auteur fait remarquer que l'opération des fistules vésicales par l'abdomen, conseillée il y a plus de 10 ans par Trendelunburg, convient particulièrement aux fistules postopératoires, qui sont souvent haut situées, tandis que les fistules post-partum siégeant plus près du col vésical, s'opèrent plus facilement par la voie vaginale. Les indications à l'opération abdominale vont se multipliant, depuis qu'on fait plus d'hystérectomies abdominales, surtout depuis que Mackenrodt a montré que l'extension du carcinome aux organes voisins ne constitue pas une contre-indication absolue à l'extirpation.

R. Blondel.

Contribution à l'étude du traitement radical du cancer de l'utérus, par Orlof (*Rousski Wratch*, 1904, n° 6). — Après avoir donné l'historique de la question, l'auteur rapporte les résultats obtenus par lui dans 190 cas de traitement radical de cancers utérins, dont 44 occupaient le museau de tanche, 126 le col, et 20 la cavité du corps utérin. Dans 110 cas on avait affaire à un début de cancer du museau de tanche et du col sans infiltration du tissu cellulaire périutérin. L'utérus était resté absolument mobile dans tous les cas de cancer du corps. Comme procédé opératoire on eut recours à la résection biconique de la portion vaginale, à l'amputation sus-vaginale du col, d'après Schroeder, à l'hystérectomie vaginale, et enfin à l'hystérectomie abdomino-vaginale. La résection sus-vaginale du col a été pratiquée dans 105 cas; la résection conique de la portion vaginale ou son amputation dans 40 cas, l'hystérectomie vaginale aussi dans 40 cas, l'hystérectomie abdomino vaginale dans 4 cas, et dans un cas l'opération fut menée d'après le procédé de Freund. Toutes les opérations d'amputation sus vaginale se sont terminées par la guérison. 25 malades sont rentrées avec récidive, dont 6 dans le moignon lui-même, et les autres dans le tissu cellulaire péri-utérin, et dans les cas invétérés, dans le tissu cellulaire périvésical et perirectal. La rédicive est survenue après 10 mois dans 6 cas, après 14 mois dans 12 cas, et après 2 ans environ dans 7 cas restants. Chez 33 opérées, il n'y avait pas de récidive après 3 ans; chez 9 après 5 environ, et enfin chez 4 après 10-11 ans.

Sur les hystérectomisées par voie vaginale, une est morte le troisième jour de péritonite putride. Dans la majorité des cas, la récidive est survenue après 8-12-18 mois, pour la plupart dans le tissu cellulaire des culs-de-sac latéraux ou dans le tissu cellulaire péri-vésical et périrectal. L'auteur n'a observé que 5 cas sans récidive.

Enfin dans un cas d'hystérectomie combinée (femme enceinte de 6 mois), la récidive est survenue après 12 mois, et la malade finit par succomber dans le marasme. Dans d'autres cas, il n'y avait pas de récidive après 2 ans, et une malade est partie sans donner de nouvelles. Quant à la malade opérée, d'après Freund, elle est morte le neuvième jour de péritonite.

L'auteur résume comme suit les résultats auxquels il est arrivé :

1° Si l'on a affaire à des lésions peu étendues d'une des lèvres du museau de tanche, surtout s'il s'agit d'ulcère dit rongeant, on peut avoir recours avec succès à la résection conique et à l'amputation vaginale.

2° Dans les cas où on a affaire à un début de cancer de la portion vaginale du col, on peut pratiquer l'amputation haute de ce col.

3° Toutes les fois qu'il s'agit d'un cancer du col très étendu, surtout quand le tissu cellulaire périutérin est atteint à son tour, il faut préférer l'hystérectomie abdominale avec extirpation des ganglions lymphatiques et du tissu cellulaire périutérin.

Plus la technique opératoire sera perfectionnée, plus les indications de l'hystérectomie abdominale se multiplieront en cas de cancer utérin avec infiltration des ganglions du bassin.

4° Le cancer de la cavité du corps utérin est parfaitement justiciable de l'hystérectomie vaginale.

R. Blondel.

Contribution à la technique de l'opération de Wertheim pour cancer, par Walthard (*Centralb. für Gynak*), 5 mars 1904, n° 9. — L'auteur décrit avec figures à l'appui un instrument destiné à faciliter sur un point l'hystérectomie totale abdominale. Lorsque, dans le cours de cette opération, on arrive à la résection du parakolpium jusqu'à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen du vagin, on observe une hémorrhagie abondante provenant des vaisseaux nombreux et variqueux qui se dirigent horizontalement à travers le parakolpium de la paroi pelvienne vers le vagin. Le sang remplit vite ce petit espace imbibe le tissu cellulaire et l'on n'y voit plus rien. Il n'y a aucun profit et la profondeur est trop grande pour saisir les tis-

sus dans une pince artérielle. Mieux vaut faire une ligature préalable de chaque côté, et il importe alors de placer la ligature externe le plus près possible de la paroi pelvienne, de façon à pouvoir, si c'est possible, réséquer le plus près possible du parakolpium. L'aiguille à anévrysme ne permet pas de bien pédiculiser les tissus à cause de la profondeur où l'on travaille et du manque d'espace : elle ne permet pas de placer la ligature immédiatement contre la paroi pelvienne et enfin on perd du temps à rechercher les fils qui souvent s'entrecroisent.

L'instrument de l'auteur remédie à tous ces inconvénients. C'est une pince à artères, se terminant en pointes, au lieu de mors, lesquelles pointes sont recourbées comme dans l'aiguille à anévrysme et renferment chacune un chas situé à un centimètre de l'extrémité. On enfonce cette sorte d'aiguille pince fermée et munie d'un fil à ligature dans le parakolpium et on écarte les branches d'où résulte un pédicule de longueur voulue et arrivant jusqu'à contre la paroi pelvienne. On retire l'instrument à la façon de l'aiguille à anévrysme, on sectionne l'anse du fil et on lie.

R. Blondel.

Laparotomie pour cancer de l'utérus, par M. Fénomenof (*Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Saint-Pétersbourg, in Roussky Wratch*, 1904, n° 10). — Dans les quatre cas opérés par l'ateur, l'infiltration des culs-de-sac était telle qu'il ne fallait pas songer à une hystérectomie vaginale.

L'hystérectomie abdominale proposée d'abord par Freund est tombée en désuétude. Elle fut reprise dans le dernier temps sous le nom d'opération de Wertheim. Elle semble très compliquée et très difficile théoriquement. Il n'en est rien en pratique. Pour la mener à bien il faut faire une large incision allant de l'ombilic à la symphyse pubienne. On mettra la malade dans la position de Trevedelenburg. Le chloroforme sera donné à dose massive. L'usage des écarteurs est inutile et même nuisible en ce sens qu'il immobilise les tissus. Mieux vaut traverser les bords de la plaie par quelques fils à ligature sur lesquels on tire suivant les besoins. Toute la masse intestinale est repoussée en haut et protégée par des compresses. Le corps de l'utérus est saisi à l'aide des pinces et attiré vers la plaie abdominale : les ligaments ronds sont coupés entre deux ligatures. Il faut comprendre dans la ligature non seulement le ligament rond mais aussi ce que quelques auteurs appellent son méso. Après section des ligaments infundibulo-pelviens, on coupe le feuillet antérieur du ligament large par une incision semi-circulaire allant du point de section des ligaments ronds jusqu'à la face antérieure de l'utérus. On pénètre ensuite dans l'espace sous-péritonéal et l'on va à la recherche de l'artère utérine qui est croisée par l'uretère et qu'on lie au-dessous de l'épigastrique. Pour éviter la section de l'uretère il suffit de le saisir entre deux doigts : le canal durcit aussitôt ; lâché il présente des contractions vermiculaires.

Il est facile de séparer l'uretère d'avec le tissu cancéreux ; entre le tissu cellulaire infiltré et le canal se trouve une lame de tissu qui l'isole et lui conserve sa mobilité. En disséquant l'uretère il faut aussi disséquer la vessie et la séparer non seulement de l'utérus mais aussi du vagin. Ceci fait on sectionne le feuillet postérieur du péritoine, on lie et sectionne les ligaments utéro-sacrés, s'il le faut même tout près du rectum. L'utérus n'est alors adhérent qu'au vagin. Fenomenov lie le vagin et le sectionne après grattage et désinfection préalable de la place cancéreuse, et ne fait pas usage de pinces courbées.

Après avoir enlevé l'utérus, les ganglions et le tissu cellulaire infiltrés, on fait le tamponnement de la plaie qui est suturée par un surjet continu. Les quatre malades ont bien supporté l opération. Il n'y a pas encore de récidive.

R. Blondel.

Pédiâtrie

Dr E. THIERCELIN

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine.

Sur la valeur thérapeutique des acides chlorhydrique et lactique dans les dyspepsies gastro-intestinales des enfants (*La Pediatria*, n° 7, 1904). — F. Fede et G. Finizio ont, dans une série de recherches expérimentales, démontré la supériorité de l'acide chlorhydrique sur l'acide lactique dans la peptonification de l'albumine et de la caséine. Ils ont cette fois recherché la valeur peptique des deux acides chez les enfants atteints de dyspepsie gastro-intestinale. Le dosage des éthers sulfoniques des urines qui sont en rapport avec les putréfactions intestinales, a donné la mesure de la protéolyse gastro-intestinale. Après l'emploi, à doses thérapeutiques, de l'acide chlorhydrique, on remarqua toujours une notable diminution des éthers sulfoniques, qui augmentaient tout de suite dès qu'on le supprimait. L'acide lactique a aussi une action semblable mais beaucoup moins intense.

Il résulte de ces faits que non seulement *in vitro*, mais aussi dans le tube digestif, l'acide chlorhydrique a une action indiscutable sur les putréfactions intestinales et que, dans le traitement des dyspepsies, son emploi est préférable à celui de l'acide lactique.

A.-L. Percival.

Hémorragies gastro-intestinales du nouveau-né, par Lop (*La Presse médicale*, 21 septembre 1904). — Ces hémorragies sont rares et d'une interprétation pathogénique assez obscure; la syphilis semble toutefois jouer ici un rôle important. Elles présentent deux variétés, le faux et le vrai mélæna. On commencera toujours par rechercher, en présence d'un enfant qui vomit du sang, les causes extra-digestives suivantes : chez la mère, hémorragie avant la délivrance, grâce à laquelle du sang a pu s'introduire dans les voies digestives du nouveau-né; plus tard lésions du sein, fissures ulcérées saignant abondamment. Du côté de l'enfant, on songera à la section du frein de la langue, aux excoriations buccales produites par les ongles pendant l'extraction de la tête dernière, les plaies de langue produites par des pinces, quand on pratique la respiration artificielle. Ces causes une fois éliminées, on se trouve en présence du malæna vrai, dû le plus souvent à des ulcérations siégeant de préférence à la face antérieure de l'estomac et dans la première portion du duodénum; ces lésions sont attribuées, par divers auteurs, à la syphilis : pour Lop, il en serait ainsi *dans tous les cas*. Il n'excepte que les cas exceptionnels d'hémorragies dues à des troubles mécaniques chez les enfants nés en état de mort apparente.

Le pronostic est grave, s'il s'agit de mélæna vrai, et le traitement consistera à tarir si possible la source hémorragique. Les applications de glace, recommandées par quelques accoucheurs, augmentent la tendance au refroidissement due à la perte de sang; elles sont donc formellement contre-indiquées. On recourra au contraire aux enveloppements chauds, aux frictions excitantes. On suspendra l'allaitement, qu'on remplacera par l'eau bouillie donnée en abondance, on soutiendra les forces avec des injections de sérum à la dose de 20 à 40 ccm. matin et soir (on peut y mélanger quelques gouttes de cognac). Comme potion, l'auteur préfère le chlorure de calcium (0 gr. 50 à 2 gr. par jour). Le sérum gélatinisé doit être rejeté.

On n'oubliera pas d'instituer le traitement mercuriel dans toute sa rigueur.

E. Vogt.

Traitement de l'incontinence d'urine infantile essentielle, par Albert-Weil (*Congrès de l'Ass. franç. pour l'avancement des Sciences*, Grenoble, 4 août 1904). — A côté du traitement de l'incontinence essentielle d'urine par les courants frankliniques induits (méthode de Bordier), à côté de la méthode de Guyon, par la faradisation localisée, M. Albert-Weil recommande une troisième méthode qui ne s'applique qu'aux incontinences par spasme ou irritabilité vésicale : la galvanisation à haute intensité. Une électrode de grande surface reliée au pôle négatif d'une source galvanique est placée sur les lombes; deux grandes électrodes, l'une sur le périnée, l'autre sur le bas-ventre, sont reliées en quantité au pôle positif. On se servira d'un courant de 60 à 80 mA. pendant 30 à 45 minutes, tous les jours d'abord : on espacera plus tard les séances.

La méthode s'applique aux cas où l'élément spasmodique est prédominant.

E. Vogt.

Un an d'observation de convulsions chez les enfants, par Hanson (*The Cleveland Med. J.*, septembre 1904). — L'auteur classe les causes des convulsions en trois variétés principales :

1° Celles qui sont dues à des impressions réflexes, comme celles qui résultent de l'irritation de cause dentaire, intestinale ou cutanée;

2° Les causes qui agissent en irritant l'encéphale et les ganglions nerveux par intermédiaire de toxines, comme cela arrive dans les maladies infectieuses et fébriles aiguës;

3° Celles qui produisent une irritation locale directe du cerveau ou de la moëlle, comme une tumeur cérébrale ou un abcès, l'exsudat dans une méningite, l'hémorragie cérébrale, etc.

Les enfants qui ont un thymus volumineux seraient plus sujets aux convulsions, surtout lorsque les artères sont petites et que le système lymphatique et hyperplasié.

Au point de vue du traitement, l'auteur rappelle que, suivant les prescriptions de Holt, tout médecin appelé à voir un cas de convulsion doit avoir avec lui du chloroforme, une seringue de Pravas et de la morphine, une sonde rectale ou un catheter et de l'hydrate de chloral.

Les inhalations de chloroforme donnent de bons résultats, mais il faut continuer leur action par un lavement de chloral.

La dose initiale pour un enfant de six mois est de 0 gr. 25, d'un an 0 gr. 50, de deux ans 0 gr. 50, que l'on dissout dans 30 grammes de lait chaud. On injecte le tout au loin dans le

rectum et on répète ce lavement au bout d'une demi-heure s'il est nécessaire.

Si les convulsions reviennent dès que le chloroforme est suspendu ou que le choral est éliminé, il faut donner une injection de morphine : à six mois on donnera 0 gr. 001, à un an 0 gr. 002 1/2, à deux ans 0 gr. 003 1/2 ; on renouvelle la dose au bout d'une demi-heure si l'on n'a observé aucun résultat.

Les convulsions dues à l'asphyxie sont souvent le mieux combattues par des inhalations d'oxygène,

L. Jumon.

Pharmacologie

Dr E. VOGT.

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

L'état dit « naissant » des susbtances employées en thérapeutique. — (*La Presse Médicale*, 14 septembre 1904). — Labbé estime que l'état naissant d'un corps réside dans toutes les circonstances thermo-chimiques, statiques ou autres, d'une réaction qui amène normalement sa production en quantités définies. Un médicament ne saurait agir autrement qu'à l'état naissant : le corps est actif par sa présence même. On a, par exemple, dans ces derniers temps, attribué à l'état naissant de l'oxygène dégagé par la décomposition intraorganique facile de certains corps des propriétés spéciales. Or, ce n'est qu'une confusion de mots et de faits, car tous les médicaments actifs agissent par les combinaisons nouvelles auxquelles ils donnent naissance dans l'économie : ceux qui ne font pas ainsi n'agissent pas et sont parfaitement inutiles au point de vue thérapeutique.

Pour l'iode, suivant qu'il tombe dans un milieu organique qui est oxydant ou réducteur vis-à-vis de lui, il se transforme de diverses façons : en se combinant il crée un nouveau champ de réaction et agit ainsi secondairement, mais d'une façon tout aussi énergique qu'à l'état dit naissant.

E. Vogt.

Indication thérapeutique du képhir, par le Pr Hayem (*La Presse Médicale*, 28 septembre 1904). — En raison de sa teneur en acide lactique, le képhir peut exercer une action microbicide, assez peu intense il est vrai, mais cependant notable ; grâce à sa teneur en acide carbonique, il exerce une action anesthésiante et possède la faculté de stimuler la contraction des fibres lisses de l'estomac et de l'intestin. Le képhir, au point de vue alimentaire, n'a pas d'avantages sur le lait ; c'est un véritable médicament, qui a ses indications spéciales.

En premier lieu, il agit d'une façon remarquable dans les affections gastriques se traduisant par une hypopepsie intense, surtout si celle-ci se combine à un état diarrhéique. Il en est de même quand l'hypopepsie est la conséquence d'une inflammation produite par des médicaments irritants. Il est assez fréquent qu'en pareille occurence le type hypopeptique ou apeptique soit remplacé par un type franchement hyperpeptique.

Si l'état hyperpeptique ou apeptique est combiné avec un retard de l'évacuation, avec ou sans atrophie musculaire, le képhir donnera encore de bons résultats, mais seulement si on règle les prises, ainsi que celles des autres aliments.

Quand la diminution de la sécrétion stomacale est la conséquence d'une irritation surajoutée, la sécrétion augmente par le képhir, et il peut se produire une prolongation des digestions ; dans ce cas, on supprimera le képhir et on recourra à la médication dialytique.

Enfin, en cas de cancer, le képhir donnera d'excellents résultats, à condition que l'évacuation gastrique soit complète.

Comme contre-indications, l'auteur cite en premier lieu les hyperpeptiques à sécrétion abondante, et présentant une évacuation stomacale retardée : dans ce groupe vient se ranger l'ulcère stomacal. En second lieu, l'existence d'une sténose constitue une contre-indication, car le képhir retenu dans l'estomac continue à fermenter, ce qui aggrave les troubles digestifs.

En résumé, cet aliment convient particulièrement à tous les malades atteints d'insuffisance du travail stomacal, surtout du travail sécrétoire.

L'auteur prescrit tantôt la cure képhirique pure, tantôt une cure mixte. La cure pure ne durera jamais longtemps, elle est préparatoire et consiste en 5 à 6 verres par jour, pris à intervalles réguliers : progressivement, on atteint 10 à 12 verres (hypopepsie avec diarrhée, intolérance gastrique avec vomissements en cas de cancer). Peu à peu, on doit tendre à faire tolérer des aliments solides : viande crue râpée, œufs à la coque, puis purées. On arrive à trois repas par jour, avec le képhir comme unique boisson (4 à 5 verres par jour). On préfèrera en général le n° 2, plus agréable au goût et suffisamment actif.

Le képhir exerce une action sédative sur l'estomac enflammé et fait disparaître les troubles

nerveux entretenus par les causes locales d'irritation. En outre, il contient des levures, et il est possible que ces dernières exercent une action inhibitrice sur le développement des microbes. Quand enfin, en cas de digestion stomacale insuffisante, la suppléance intestinale fait défaut, le képhir combattra ce trouble pathologique, car il représente un aliment en quelque sorte chymifié, analogue à celui qui pénètre normalement dans le duodénum pour subir la digestion finale.

E. Vogt.

Le Turnera aphrodisiaca, thé mexicain ou damiana, par J. Uri Lloyd (*The Amer. Journal*, août 1904). — Il y a trente ans que Saint-Clair, de Washington, introduisit aux États-Unis une plante très populaire au Mexique, le Turnera aphrodisiaca, connu dans ce dernier pays sous le nom de Damiana. La plante est un petit arbrisseau qui fournit des feuilles d'odeur pénétrante. Les feuilles sont employées à la façon du thé et fournissent une infusion rappelant celle du sassafras que l'on emploie dans beaucoup de contrées des Etats-Unis. Le Turnera est employé au Mexique en infusion stimulante, quelques-uns lui ont attribué une vertu aphrodisiaque. La plante à titre de stimulant a encore été employée pour rétablir les règles supprimées. Malgré ces qualités stimulantes, le Turnera possède des propriétés calmantes, car il passe pour calmer rapidement les coliques. On ne le considère d'ailleurs pas comme un remède au Mexique où son emploi est généralisé et passe pour inoffensif. L'infusion possède une odeur fragrante, avec des propriétés toniques et astringentes. Son usage prolongé n'est pas suivi d'excitation nerveuse comme cela arrive avec le café et le thé. L'auteur a fait une enquête sévère pour savoir si l'usage du Turnera était parfois suivi d'effets fâcheux, mais il n'a rien constaté à cet égard. Certaines personnes n'ont pas d'autre boisson. Au total, il s'agit d'un remède populaire inoffensif, doué de propriétés stimulantes par ses qualités aromatiques n'intéressant pas les fonctions gastriques. Ses propriétés cordiales seraient cependant beaucoup plus marquées, si l'on pouvait se servir des feuilles fraîches.

L. Jumon.

La limite d'âge pour l'hydrothérapie froide (*Bl. f. Klin. Hydrotherapie*, août 1903). — Le Pr Winternitz proteste une fois de plus contre le préjugé qui voudrait faire défendre aux anémiques et aux débiles l'usage de l'eau froide, sous prétexte que la soustraction de calorique est trop considérable. Tout au contraire, l'organisme, sous l'influence de l'eau froide augmente sa production de calorique ; cette augmentation s'effectue dans tous les organes à la fois, d'où une stimulation salutaire pour l'économie. Même chez des enfants de trois mois, cyanosés et refroidis (gastro-entérite), l'auteur a obtenu de véritables résurrections en ordonnant des frictions avec un linge trempé d'eau tout à fait froide et exprimé. Ces applications provoquent une excitation considérable des fonctions organiques, et sont indiquées chez le nourrisson, dans tous les processus torpides et dans tous les troubles circulatoires. Le jeune âge ne sera donc jamais une contre-indication à l'emploi de l'eau froide.

En est-il autrement chez le vieillard ? L'auteur le nie, et recommande ici encore l'eau froide sous forme d'applications localisées rapides. L'artériosclérose ne constitue pas une contre-indication : à première vue, tel ne semble pas être le cas, puisque l'eau froide augmente la pression sanguine déjà au-dessus de la normale chez la grande majorité des athéromateux. Pour l'auteur, il existe deux groupes d'artérioscléraux : les uns ont une pression sanguine exagérée, les autres (ce sont les plus gravement atteints), une pression souvent fort basse. Or, les applications d'eau froide rapides abaissent la pression dans le premier groupe, l'élèvent dans le second : dans le premier cas, l'hydrothérapie stimule l'inhibition, dans le second, elle excite l'organisme. L'auteur dispose de nombreuses observations démontrant l'exactitude de cette manière de voir.

E. Vogt.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

XVe Congrès international de Médecine (Lisbonne, avril 1906). — Nous venons de recevoir le premier numéro du « Bulletin du XVe Congrès International de Médecine » qui se tiendra à Lisbonne les 19, 26 avril 1906. Ce numéro contient le règlement du Congrès, l'organisation des sections et celle des Comités nationaux des différents pays. — A remarquer dans le règle-

ment l'article 2 qui permet l'admission au Congrès aux seuls médecins et aux savants présentés par les Comités nationaux ou portugais. — La cotisation est de 25 francs ou 20 marks ou 1 livre sterling.

Les travaux du Congrès sont distribués en 17 sections :

1. — Anatomie (Anatomie descriptive et comparée, anthropologie, embryologie, histologie).
2. — Physiologie.
3. — Pathologie générale, bactériologie et anatomie pathologique.
4. — Thérapeutique et pharmacologie.
5. — Médecine.
6. — Pédiâtrie,
7. — Neurologie, psychiatrie et anthropologie criminelle.
8. — Dermatologie et syphiligraphie.
9. — Chirurgie.
10. — Médecine et chirurgie des voies urinaires.
11. — Ophtalmologie.
12. — Laryngologie, rhinologie, otologie et stomatologie.
13. — Obstétrique et gynécologie.
14. — Hygiène et épidémiologie,
15. — Médecine militaire.
16. — Médecine légale.
17. — Médecine coloniale et navale.

Le Comité exécutif du Congrès a l'intention de faire imprimer avant la réunion tous les *rapports officiels* ; pour cela il faut qu'ils soient remis au secrétariat général avant le 30 septembre 1905. — Pour les communications libres, il faut qu'elles soient remises avant le 31 décembre 1905, si les auteurs veulent que les conclusions soient imprimées avant l'ouverture du Congrès.

La langue officielle est le français. Dans les assemblées générales, ainsi que dans les sections les langues allemande, française et anglaise pourront être employées. L'on voit que le Comité du Congrès a exclu le portugais des langues permises; cela a été fait à seule fin de restreindre le plus possible le nombre des idiomes parlés; il ne pourra y avoir de jalousies du moment que l'on se sacrifie soi-même.

Le président du Comité d'organisation du Congrès est le Dr M. da Costa Alemao ; le secrétaire général, le Dr Miguel Bombarda; toutes les adhésions doivent être adressées à celui-ci (Hôpital de Rilhafolles, Lisbonne).

Radiologie médicale. (1904 — 7e année). — Cours de vacances, par le Dr A. Béclère, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, tous les jours, du dimanche 16 octobre au dimanche 23 octobre. — Matin : 10 heures. Enseignement des notions théoriques et techniques indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie et de la radiothérapie. — Matin : 11 heures. Exercices pratiques de la radioscopie, particulièrement appliqués à l'exploration des organes thoraciques. — Soir : 2 heures. Exercices pratiques de radiographie simple et stéréoscopique des diverses régions.

Le cours théorique est librement ouvert à tous les étudiants et docteurs en médecine, il commencera le dimanche 16 otobre à 10 du matin dans la salle de conférences de l'hopital Saint-Antoine.

Le droit d'inscription pour les exercices pratiques de radioscopie et de radiographie est de 108 francs. Ces exercices auront lieu à partir du lundi 17 octobre dans le laboratoire du Dr Béclère. (En raison du nombre forcément très restreint des personnes qui pourront y participer à la fois, on est prié de s'inscrire le plus tôt possible.)

Accident opératoire. — Une plainte en homicide par imprudence a été déposée contre un de nos confrères par la famille d'un malade mort à la suite d'une opération pratiquée sur lui par ce chirurgien. L'autopsie du cadavre démontra que le praticien avait laissé, dans l'estomac du patient, un fragment de sonde en gutta-percha, servant à recouvrir l'extrémité de l'instrument à l'aide duquel il avait pratiqué l'électrolyse linéaire d'un rétrécissement de l'œsophage. La famille du défunt prétend qu'il y a faute lourde du chirurgien. Telle n'est pas l'opinion qu'expriment dans leur rapport les trois experts chargés d'éclairer le tribunal et tout porte à croire que cette affaire se terminera en faveur du chirurgien.

Bureau des renseignements de la Sorbonne — M. Srb, maire de Prague, a adressé une dépêche de félicitations à M. Liard, recteur de l'Université de Paris, pour la création du Bureau des renseignements à la Sorbonne qui formera un nouveau lien entre Paris et ses amis étrangers.

Une affiche, de l'Université de Paris, a été posée à l'Hôtel de Ville de Prague. (*Correspondance Tchèque*, Prague, 19 septembre 1904).

BIBLIOGRAPHIE

L'énergie chimique primaire de la matière vivante, par M. le Dr Oscar Lœw, professeur de chimie à l'Université impériale de Tokio, docteur en philosophie, avec la collaboration de M. Emm. Pozzi-Escot, ingénieur-chimiste, chargé du service des Recherches de chimie à l'Institut des Recherches de Malzéville-Nancy, lauréat de l'Association des Chimistes de France. Paris, 1904. 1 vol. in-18, 484 pages. Librairie Jules Rousset, 1, rue Casimir-Delavigne, Paris. 4 fr.

Ouvrage d'une portée exceptionnelle et qui marquera sa place dans l'histoire des sciences biologiques. Il repose entièrement sur les remarquables travaux du Dr O. Lœw, qui déjà depuis une vingtaine d'années font Ecole à l'étranger, bouleversant les idées anciennes sur la nature des corps vivants. Dans une série de travaux, objets de hautes récompenses en France et qui ont eu l'honneur de la traduction à l'étranger. M. Pozzi-Escot, esprit hardi et indépendant, a donné des vues nouvelles sur les corps diastasiques qui forment la trame active de toute matière vivante; il était donc tout désigné pour traduire et présenter au public français un résumé de l'œuvre scientifique du Dr Lœw et de l'Université Impériale de Tokio, où s'exerce, avec de si merveilleuses aptitudes, l'intuition si profonde de l'esprit oriental.

C'est un livre plein de faits, d'idées nouvelles et propres à éveiller singulièrement la curiosité du lecteur. Trouver des faits biologiques, une explication, est chose facile; mais donner à cette explication des bases rigoureuses et permettre à la seule expérience de résoudre les plus compliqués des problèmes biologiques, n'était certes pas œuvre facile et il a fallu l'audacieuse science du Dr Lœw.

La doctrine essentielle qui découle de cet ouvrage est celle de la labilité; depuis quelques années, on sait que les atomes constituant certains corps bruts ne sont pas dans des positions fixes, mais qu'ils sont susceptibles d'occuper dans la molécule qu'ils constituent des places différentes suivant les places avoisinantes : ils sont labiles, c'est-à-dire mobiles. Cette labilité est une caractéristique d'espèce. Elle est en outre une caractéristique d'énergique chimique. Les travaux du Dr Lœw ont montré que les corps vivants sont constitués de matériaux labiles et que la seule différence entre un corps vivant et un corps mort est l'absence de labilité dans le dernier. On trouvera dans l'ouvrage que nous offrons aujourd'hui les preuves de cette affirmation ; elle fera faire un progrès considérable aux doctrines biologiques.

Nous ne saurions dire que le dernier mot a été dit, mais il est évident que la doctrine vitaliste reçoit ici un coup dont elle ne se relèvera jamais. Cet ouvrage est en quelque sorte le complément du remarquable travail où M. Pozzi-Escot a exposé récemment ses idées nouvelles sur la *Nature des Diastases*. Nous ne saurions trop insister sur sa haute portée philosophique.

Traitement chirurgical des Néphrites médicales, par le Dr A. Pousson, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux. 1 vol. in-18 de 96 pages, cart. : 1 fr. 50 (*Actualités médicales*). (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris).

Le traitement chirurgical des néphrites médicales a tout d'abord provoqué la méfiance des médecins ; cependant les résultats obtenus dans les néphrites infectieuses aiguës et dans les néphrites chroniques ont fini par forcer leur attention; cette question a suscité dans ces derniers temps des expériences fort intéressantes et soulevé des discussions de la part des cliniciens les plus compétents.

Le Dr Pousson vient de consacrer un volume des *Actualités médicales* à la mise au point de nos connaissances sur le traitement opératoire des néphrites contre lesquelles les moyens médicaux étaient naguère seuls dirigés ; il fait tout d'abord un exposé des théories ayant conduit à intervenir dans les néphrites médicales; il passe en revue la néphrectomie et la néphrotomie dans les néphrites aiguës et dans les néphrites chroniques, puis la néphrolyse et la néphrocapsulectomie.

Vient ensuite l'étude clinique des interventions chirurgicales dans les néphrites médicales, résultats immédiats et éloignés, indications et contre-indications opératoires, traitement des douleurs, des hématuries et des accidents urémiques.

Nlle Imprimerie. E. Lasnier, directeur. 35, 37 rue St Lazare. Paris *Le Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL

TRAVAUX ORIGINAUX

LE CANCER (1)

Étiologie — Traitement

Par M. le Dr Doyen

Le micrococcus neoformans. — Son action pathogène. — Les premiers résultats de mes recherches sur l'étiologie et la thérapeutique des néoplasmes ont été consignés dans un pli cacheté déposé à l'Académie le 25 novembre 1901, et qui a été lu par M. le Président dans la séance du 24 décembre suivant. Ces résultats ont été confirmés depuis cette époque par un grand nombre d'observations.

Je n'ai pas à revenir sur la présence du micrococcus neoformans dans les tumeurs, ni sur mes premières expériences d'inoculation aux animaux et de thérapeutique chez l'homme, qui ont été communiquées, soit à l'Académie de Médecine dans cette note du 25 novembre 1901, soit en avril 1903, au Congrès international de médecine de Madrid.

Je rappellerai toutefois, comme le démontre l'envoi d'un premier pli cacheté le 15 août 1886 à l'Académie des Sciences, que mes recherches sur le micrococcus neoformans datent actuellement de plus de 18 ans, et que les résultats que j'ai obtenus actuellement pour l'arrêt, sinon pour la guérison du cancer, n'ont été que la continuation des premières recherches que j'avais entreprises à cette époque.

Des cultures pures de micrococcus neoformans ont été obtenues de tumeurs provenant de toutes les parties du monde, ce qui prouve à la fois l'unité d'origine des néoplasmes et la dissémination du microbe pathogène sur toute la surface du globe.

L'action pathogène du micrococcus neoformans ne peut plus guère être mise en doute, car, outre mes premières inoculations positives de cultures virulentes, j'ai obtenu de nouveaux résultats, notamment chez le chien, le lapin, le cobaye, le rat blanc et la souris blanche.

Ces inoculations de cultures virulentes aux animaux ont produit chez une chienne, au niveau des mamelles, 2 lipomes encapsulés ; dans la mamelle du cobaye, des tumeurs temporaires assez analogues au cancer du sein chez la femme, et qui se résorbent en quelques mois; dans le testicule du cobaye, une phagocytose épithéliale intense qui atteint son maximum dix jours après l'injection et se termine par l'atrophie de l'organe.

Une femelle de cobaye, morte spontanément deux mois après l'injection dans la mamelle d'une culture pure, présentait un foyer d'adénome cylindrique du foie. Un lapin, huit jours après une injection faite par la voie lombaire au niveau de l'extrémité supérieure du rein droit, est mort d'une sténose pylorique qui ressemblait extraordinairement à la même lésion chez l'homme.

(1) Nous croyons répondre au sentiment de l'actualité en donnant *in extenso*, à nos lecteurs, le texte de la communication du Dr Doyen devant le *Congrès de Chirurgie*.

Deux souris inoculées sous la peau du dos sont mortes, l'une six mois et l'autre dix mois et demi après, d'obstruction intestinale, causée chez la première par une masse cancéreuse développée au niveau de l'angle du côlon transverse et dans laquelle existaient encore des zooglées du micrococcus pathogène ; chez la deuxième, on a constaté un adénome cylindrique à type cancéreux, qui avait envahi une longueur de 10 millimètres du gros intestin et présentait le volume de la cuisse de l'animal.

La même injection de cultures virulentes a déterminé chez une guenon un adénome kystique de la mamelle absolument identique aux adénomes kystiques que l'on observe chez la femme.

Un rat blanc a présenté des foyers multiples de lymphadénome du testicule et un rat femelle, injecté dans la région rénale, un fibro-sarcome de la trompe de Fallope. Quatre de ces animaux sont morts spontanément des progrès de l'affection.

Étiologie du cancer. — Les expériences qui ont été relatées au Congrès de Madrid démontrent que les néoplasmes ne sont pas autre chose qu'un processus inflammatoire spécial, ne différant pas, dans son essence, du processus de formation du tubercule ou des masses actinomycosiques.

Le micrococcus néoformans, quelle que soit sa porte d'entrée, dès qu'il se développe en un *locus minoris resistentiæ*, produit un foyer infectieux spécial où, comme le démontrent les expériences déjà publiées sur le testicule du cobaye, il tend à être détruit par les cellules normales de l'économie, cellules conjonctives ou épithéliales, qui agissent à la manière des phagocytes.

Le microbe est mort dans le centre des tumeurs et ne peut être décelé que dans la zone d'envahissement, notamment dans les petits ganglions atteints de cette inflammation spéciale qui n'a pas encore été décrite et qui précède l'invasion des cellules cancéreuses.

Le micrococcus neoformans produit ainsi, suivant le type du tissu où il vient à se multiplier, les tumeurs les plus variées, depuis le lipome, le sarcome et l'ostéo-sarcome, jusqu'à l'épithéliome et au carcinome, sans oublier les tumeurs difficiles à classer, dont la genèse s'explique ainsi sans difficulté.

Ces détails ont été exposés devant l'Académie des sciences et nous allons étudier plus particulièrement le côté clinique, c'est-à-dire le traitement des néoplasmes par les vaccins organisés et par les toxines obtenues à l'aide de cultures du micrococcus neoformans.

Modification de la virulence des cultures du micrococcus neoformans. — L'étude de la morphologie du micrococcus neoformans m'a conduit à faire de nombreuses expériences pour atténuer ou exalter la virulence de ce microbe et pour étudier sa destruction dans les tissus normaux de l'économie, ainsi que les effets du passage sur des milieux de culture variés et dans différentes espèces animales.

J'ai étudié aussi l'action de la température et de nombreuses substances chimiques sur les cultures et sur les toxines. J'ai déjà signalé qu'on reproduit facilement *in vitro* le phénomène de la destruction du microbe au sein des cellules vivantes, et que sur des milieux peu favorables, au bout de très peu de temps, une culture examinée par le Gram-éosine ne montre plus qu'un petit nombre de microbes colorés en violet. Ces expériences ont permis de déterminer divers types de culture de virulence atténuée ou exagérée.

Toxine du micrococcus neoformans. — La toxine active du micrococcus neoformans peut déterminer, à un certain degré de concentration, dans le tissu cellulaire sous-cutané, des foyers de nécrose aseptique.

J'ai pu, après de nombreuses expériences sur les animaux, préparer une toxine très active, dont l'injection n'est pas douloureuse et ne détermine pas de phénomènes inflammatoires accentués.

Cette même toxine a été modifiée par l'action de certains agents physiques et chimiques.

Les détails de préparation des bouillons de culture, des toxines et des vaccins ont été donnés dans une précédente lecture à l'Académie des Sciences.

La vaccination anti-cancéreuse, action du vaccin atténué et des toxines du micrococcus neoformans.— Un vaccin non virulent a été préparé d'autre part avec des cultures du micrococcus neoformans, atténuées par les procédés en usage; ce vaccin présente une certaine analogie avec le vaccin du charbon de Pasteur, comme la toxine active présente une certaine analogie avec la tuberculine de Koch.

L'injection du vaccin doit être continuée par celle de toxines différemment atténuées, et qui sont administrées suivant les cas et suivant la réaction observée chez les malades.

Nous possédons actuellement une expérience clinique assez étendue de la vaccination anti-cancéreuse, car les premières injections remontent à un peu plus de 3 ans et nous avons eu depuis cette époque plus de cent vingt cas en traitement.

Actuellement, il nous est devenu possible de déterminer par l'examen clinique d'un cancéreux si ce traitement a quelque chances d'être efficace, et comment il doit être institué.

En effet, les injections se montrent absolument inefficaces ou déterminent un accroissement rapide des foyers néoplasiques quand il y a des masses cancéreuses d'un volume considérable, dont le centre est anatomiquement constitué par une masse lardacée. Les cellules de ces masses centrales ont perdu toute vitalité et ne peuvent plus réagir sous l'influence du traitement.

Certains malades, après une amélioration très manifeste constatée par des confrères, ont interrompu volontairement le traitement pendant quelque temps. Chez ceux de ces malades qui ont demandé à être soumis de nouveau aux injections, on a observé une aggravation rapide de leur état local ou général. Il semblait, comme on le remarque dans les expériences sur l'accoutumance du lapin à l'arsenic, que les cellules de l'organisme aient perdu définitivement toute faculté de réagir favorablement sous l'action de la toxine injectée, qui ne faisait plus qu'ajouter à l'intoxication cancéreuse déjà existante.

Ces faits sont bien connus des expérimentateurs qui ont étudié les phénomènes de vaccination contre les poisons chimiques ou figurés ainsi que la phagocytose chez les animaux.

Récapitulation des Observations cliniques

Première série, comprenant 126 observations arrêtées à la date du 20 janvier 1904 (1).

Ces 126 cas comprenaient.

A) 21 cas où il n'était plus possible de reconnaître trace de tissu cancéreux.

B) 47 cas en observation, dont 13 avec résultat favorable.

(1) Voir ma communication à l'Académie de Médecine.

C) 58 cas sans intérêt, tous mauvais cas, et où le traitement avait été commencé trop tardivement ou n'avait pas été suivi avec persévérance

A) Sur les 21 cas de guérison, deux (N°s 68 et 73) étaient morts accidentellement le 25 janvier 1904.

Un autre cas (N° 76) est mort accidentellement de pneumonie le 18 juillet 1904. Sa plaie était demeurée cicatrisée et sans trace de récidive.

Le cas N° 61, qui présente de la péritonite chronique, a été de nouveau ponctionné.

On n'a pas eu de nouvelles récentes des cas 66 et 79.

Tous les autres cas (soit 15). Obs. N°s 59, 60, 62, 63, 64. 65, 67, 69, 70, 71, 72, 74, 75, 77, 78, sont actuellement, à la fin de septembre, en parfait état, et sans trace de reproduction cancéreuse.

Si nous exceptons donc les cas 66 et 79, dont on n'a pas eu de nouvelles récentes, les résultats acquis le 25 janvier, s'étaient maintenus identiques et satisfaisants le 30 septembre 1904, chez les 19 autres malades.

B) Sur les 47 cas en observation, 7 cas (N°s 92, 96, 97, 98, 100, 114, 118) peuvent être placés actuellement au nombre des guérisons, c'est-à-dire au nombre des cas où il est impossible de déceler aucune trace de tissu cancéreux.

A ces 7 cas, nous pouvons en ajouter un 8e (N° 113), où la mort est survenue accidentellement, alors qu'il n'existait pas de récidive.

Deux malades (N°s 88 et 124) sont mortes également d'une affection intercurrente, alors que, localement, elles étaient en parfait état.

8 cas (N°s 80, 81, 89, 91, 102, 108, 122, 125) sont en voie d'amélioration et rentrent dès aujourd'hui, sans conteste, parmi les cas favorables.

Les cas favorables de cette première série de 126 observations sont donc demeurés au nombre de 18, comme nous l'avions signalé dans la statistique de fin janvier 1904.

Parmi cette même série, il y a 8 cas (N°s 83, 85, 87, 95, 101, 111, 119, 120) dont nous n'avons pas reçu de nouvelles à la fin de septembre. Nous laissons donc les résultats en suspens, tout en signalant que de ces 8 cas la moitié environ, étant donné les nouvelles reçues en juillet et août, resteront favorables.

Il nous reste sur les 47 cas en observation, 21 mauvais cas, dont 8 sont morts depuis janvier, sinon davantage, car nous n'avons pas eu de nouvelles de tous.

Notre première série de 126 observations se divise donc ainsi, le 30 septembre 1904 :

19 bons résultats confirmés sur les 21 cas du 20 janvier 1904, 2 n'ayant pas donné de nouvelles ; et 8 bons résultats parmi les cas en observation le 20 janvier 1904, soit un total de :

27 cas favorables, pouvant être considérés comme autant de guérisons.

On voit que nous ne comptons pas 2 cas favorables parce que les malades sont morts accidentellement avant que l'observation ait été assez prolongée.

8 cas sont en voie d'amélioration manifeste, et peuvent être considérés, sans conteste, comme des cas favorables.

10 cas (8 des cas en observation le 20 janvier et 2 cas retranchés des 21 cas signalés le 20 janvier comme guérison) n'ont pas donné de nouvelles récentes et demeurent en observation.

Le nombre des mauvais cas est donc augmenté de 21, soit un total de :

79 mauvais cas, dont un grand nombre sont morts très peu de temps après le commencement du traitement, et sans avoir pu être suivis un temps suffisant.

On jugera par ce chiffre que nous n'avons pas cherché à améliorer la statistique en supprimant les cas par trop défavorables et où le traitement a été institué *in extremis*, sur la demande des malades, sans qu'on ait pu leur donner aucun espoir.

Deuxième série.

Nous arrivons à la deuxième série d'observations, qui comprend 116 cas, tous postérieurs au 20 janvier 1904. Sur ces 116 observations, nous comptons actuellement 20 cas où il n'y a eu aucune trace de cancer pouvant être reconnu à l'examen du malade, et qui peuvent être inscrits parmi les guérisons.

Ce sont les Nos 127, 139, 145, 151, 154, 157, 159, 161, 165, 166, 169, 177, 180, 184, 185, 203, 211, 218, 222 et 226.

En effet, nous ne comptons pas 6 observations récentes (Nos 222, 234, 237, 240, 241, et 242).

7 cas qui paraissent guéris doivent être observés quelque temps encore (Nos 141, 177, 182, 200, 201, 229, 230).

24 cas sont en voie d'amélioration manifeste ou bien ont présenté ce fait très remarquable, d'un arrêt dans l'évolution du néoplasme avec amélioration de l'état général (Nos 128, 129, 131, 132, 142, 143, 144, 147, 152, 156, 170, 188, 190, 193, 194, 196, 198, 205, 207, 208, 209, 233, 238 et 239).

10 cas, dont la moitié environ doivent être favorables d'après la marche de la maladie dans les premiers temps du traitement, n'ont pas donné de nouvelles (Nos 133, 137, 162, 171, 173, 181, 202, 206, 216, 236).

Nous avons enfin 49 mauvais cas dont 16 sont morts à notre connaissance.

Nous ferons donc la même observation que, dans cette 2e série d'observations, nous n'avons pas éliminé les mauvais cas et que nous avons soigné tous les malades auxquels on nous a prié de donner tous nos soins.

Plusieurs de nos premiers cas de guérison, confirmés depuis plus de 2 et 3 ans, ne se sont-ils pas produits dans des cas où toute opération paraissait impossible, où le mal avait été considéré par plusieurs médecins compétents comme au-dessus des ressources de l'art? Dans un certain nombre de ces cas, la guérison a été obtenue sans opération ou après une opération incomplète, qui avait laissé des tissus nettement cancéreux dans la plaie.

Ces plaies de mauvaise nature se sont cependant cicatrisées sous l'influence du traitement et il n'y a pas eu de récidive : voir les observations 59, 60, 62, 64, 65, 70, 71, 72, 74, 75, 78, dont les premières remontent au 2 janvier 1901, au 6 décembre 1901, au 8 décembre 1902, au 10 décembre 1902, au 20 juillet 1903, et au 18 septembre 1903, pour ne citer que ceux des cas où les guérisons datent déjà de plus d'un an.

Si nous faisons une récapitulation générale des 242 observations, en supprimant, pour ne pas avoir l'air de favoriser notre statistique, tous les cas qui sont morts accidentellement après guérison confirmée et ceux dont nous n'avons pas reçu de nouvelles récentes, nous comptons 22 observations de l'ancienne série (Nos 59, 60, 62, 63, 64, 65, 67, 69, 70, 71, 72, 74, 75, 77, 78, 92, 96, 97, 98, 100, 114, 118), et les 20 cas appartenant à la série d'observations postérieure au 25 janvier, soit en tout le 30 septembre 1904 :

42 observations, où il n'existe actuellement aucune trace de cancer et que nous pouvons compter à ce jour comme des guérisons confirmées.

Nous ajouterons, pour satisfaire les plus incrédules, que dans notre prochaine statistique générale, nous signalerons intégralement, comme nous l'avons fait jusqu'ici, les suites observées, qu'elles soient favorables ou défavorables.

Parmi les cas en observation, nous avons signalé dans la 1re série 8 cas (Nos 00, 81, 89, 91, 102, 108, 122, 125) et dans la 2e série 24 cas en voie d'amélioration manifeste (Nos 128, 129, 131, 132, 142, 143, 144, 147, 152, 156, 170, 188, 190, 193, 194, 196, 198, 205, 207, 208, 209, 233, 238, 239), auxquels nous devons ajouter 13 cas récents (Nos 141, 177, 182, 200, 201, 222, 229, 230, 234, 237, 240, 241, 242).

Soit, pour les deux séries d'observations à la fois, 32 cas avec résultat favorable le 30 septembre, et 13 cas trop récents pour permettre de conclure.

Dans chaque série, 10 cas, soit 20 cas en tout, n'ont pas donné de nouvelles récentes.

Enfin, le nombre total des mauvais cas des deux séries est de 128; nous les avons énumérés plus haut.

Récapitulation générale. — Notre récapitulation générale donne :

42 guérisons confirmées le 30 septembre 1904;

46 cas en observation, dont beaucoup paraissent favorables;

20 cas n'ayant pas donné de nouvelles et qui seront classés ultérieurement.

128 mauvais cas, où le traitement n'a donné aucun résultat, ayant été commencé trop tard ou interrompu en dehors de notre volonté, avant d'avoir pu produire des fets durables.

6 cas nous restent à signaler : ce sont les 6 cas, déjà mentionnés, de malades morts accidentellement, alors que leur guérison paraissait acquise. Nous avons retranché ces 6 cas des cas de guérison parceque nous ne voulons conserver parmi les cas de guérison que des malades survivants, et qui puissent être examinés par des médecins compétents. Pour la plupart d'entre eux, il est facile de connaître l'état antérieur au traitement antinéoplasique, en s'adressant, pour confirmer mes observations, aux médecins qui leur donnaient leurs soins à cette époque. Les pièces intéressantes ont été conservées dans le musée et presque toutes les opérations ont été suivies de l'examen microscopique des tumeurs, dont les préparations peuvent être examinées dans mon laboratoire.

Considérations générales sur le Traitement antinéoplasique.

Nous allons résumer, avec les additions nécessitées par les progrès faits dans le traitement depuis mes deux communications du 22 et du 23 février 1904, à l'Académie des Sciences et à l'Académie de Médecine, tout ce qui concerne la préparation des liquides actifs aussi bien que leur emploi thérapeutique.

1° PRÉPARATION DES LIQUIDES THÉRAPEUTIQUES.

Culture du micrococcus neoformans. — L'ensemencement des fragments de tumeurs et de ganglions ou de suc cancéreux aspiré à la pipette se fait dans du bouillon de mamelle de vache en lactation peptonisé et glycosé à 1 0/0. On peut réussir également avec le même bouillon non glycosé.

Toxines et vaccins. — A. *Toxines.* — L'emploi, pour obtenir les toxines, de cultures récentes de micrococcus neoformans ne donne pas de résultats appréciables. Nous n'avons obtenu de toxines actives qu'en ensemençant des cultures renouvelées fréquem-

ment, tous les deux mois environ, pendant deux ans, par des passages sur les animaux, notamment la souris blanche, et, chaque fois, avant une nouvelle inoculation, sur le bouillon et sur la gélose simple ou glycosée à 2 0/0. Comme il faut au moins un an pour obtenir des toxines actives, il en résulte que l'on ne peut pas obtenir avant une période de deux ans et demi à trois ans les produits nécessaires pour obtenir des résultats thérapeutiques. Je dois ajouter que la production des toxines du micrococcus neoformans est très délicate, car, pour un écart minime de température ou pour une petite différence dans la constitution du bouillon, le microbe se développe mal ou meurt très rapidement.

Les cultures doivent être faites en couches minces et très aérées; on doit éviter les trépidations, qui font tomber le voile au fond du ballon.

Il faut employer plusieurs types de toxine : 1° la toxine pure est active après 12 à 18 mois de culture; ces cultures sont obtenues en ensemençant des cultures de virulence modifiée par de nombreux passages sur les milieux biologiques et artificiels indiqués plus haut. Cette toxine est filtrée par les procédés habituels et exposée pendant 4 jours à la température de 50°, pour y tuer toute trace de microbes;

2° La toxine atténuée se prépare en additionnant les cultures préparées de la même manière de :

7 0/0 de chlorhydrate de quinine,

2 0/0 d'acide cacodylique, et

2 0/0 d'acide méthylarsénique, qui doivent être ajoutés avec toutes les précautions aseptiques de rigueur.

On laisse à l'étuve pendant 5 jours à 37° et on filtre par les procédés habituels.

B. *Vaccins*. — Il est nécessaire de préparer deux vaccins figurés. Pour préparer ces vaccins il est dangereux d'employer des cultures jeunes, auraient-elles été soumises à l'action de divers agents modificateurs. Ces cultures, qui ne donnent pas de toxines appréciables, sont très dangereuses, car elles provoquent des accès fébriles prolongés et parfois aussi un accroissement aigu des masses cancéreuses, suivi de généralisation.

Il faut employer pour la préparation des vaccins des cultures renouvelées et modifiées par les différents passages indiqués ci-dessus pendant 2 ans et demi à 3 ans. Il faut alors ensemencer les microbes ainsi modifiés dans les tubes de bouillon et les maintenir à l'étuve pendant 10 à 12 mois. A cette époque, on peut préparer un vaccin faible, en soumettant les cultures à la température de 45° pendant 2 jours et un vaccin fort, en soumettant les mêmes cultures pendant le même temps à la température de 40° seulement.

On voit que je me suis inspiré, pour ces recherches, de la méthode de modification du virus rabique imaginée par Pasteur et de la découverte par Koch de la tuberculine et de ses effets sur les tissus tuberculeux.

Dans les premiers temps, les résultats thérapeutiques étaient très inconstants, mais une observation clinique rigoureuse m'a démontré que j'étais sur la voie. C'est en analysant chaque jour tous les cas en expérience que je suis arrivé à améliorer petit à petit les liquides destinés au traitement.

Jusqu'il y a quelques mois, je n'ai pratiqué qu'une vaccination anticancéreuse. J'ai déjà signalé que cette vaccination touchait par certains points à la vaccination anticharbonneuse de Pasteur, où l'on emploie un vaccin faible et un vaccin fort, par d'autres points au traitement de la tuberculose par la tuberculine de Koch. Nous avons vu que pour arriver à obtenir des cultures susceptibles de permettre la préparation des toxines et des vaccins, il fallait également employer des passages analogues à ceux employés par Pasteur pour la modification du vaccin rabique.

J'ai donc cherché avec patience, sans trop m'écarter des découvertes acquises; mais je m'en suis éloigné suffisamment pour ne pas tomber dans l'erreur de tant d'expérimentateurs qui, parce qu'une méthode a réussi pour la vaccination anticharbonneuse ou pour la sérothérapie de la diphtérie, se sont attardés à suivre une méthode identique pour le cancer.

Si j'ai eu la bonne fortune de découvrir un traitement spécifique du cancer, je devrai cette découverte à ce que, depuis le début de mes études médicales, tout en m'occupant spécialement de chirurgie, j'ai poursuivi l'étude approfondie de l'histologie et de la bactériologie.

Je pose en fait qu'il aurait été impossible à un bactériologiste exclusif de mener à bien ces recherches. J'ai pu réussir parce que j'avais mon laboratoire de bactériologie à côté de ma salle d'opérations, parce que tout, cultures, fabrications de toxines et de vaccins, direction des expériences thérapeutiques, se trouvait centralisé dans la même main et dans le même institut.

Il m'a été ainsi possible, tout en surveillant mes expériences de laboratoire, de profiter de mon expérience approfondie de l'évolution du cancer, et, c'est en appréciant cliniquement des indices souvent imperceptibles à un œil moins exercé, que je me suis trouvé conduit à modifier et à améliorer, étape par étape, le traitement du cancer.

Sérothérapie animale. — Les résultats d'immunisation obtenus chez l'homme étant nettement les résultats d'une vaccination et d'une accoutumance progressive de l'organisme aux toxines et aux vaccins que je préparais, il était évident que le sérum des malades traités devait acquérir contre le cancer les mêmes propriétés que le sérum d'un animal immunisé contre la diphtérie par exemple.

Il était donc logique de rechercher si le cheval réagirait aux injections, et s'il serait possible d'obtenir un sérum animal antitoxique. J'ai injecté à des chevaux par les méthodes en usage, après épreuve par la malléine et injection de sérum antitétanique, les quatre types de toxines et de vaccins mentionnés plus haut. Je suis arrivé à me convaincre que les liquides qui réussissaient le mieux étaient les vaccins et les toxines les plus anciens que je possédais et dont j'avais toujours eu soin de réserver une certaine quantité pour des expériences ultérieures.

Bien m'a pris d'être prévoyant, car ce sont les cultures de plus d'un an de date, et ensemencées avec mes microbes les plus anciens, de plus de deux ans de date, et qui avaient été modifiés par le plus de passages successifs, qui m'ont donné un résultat satisfaisant.

En effet, en injectant pendant trois jours de suite à des chevaux 50 à 70 cc. d'une telle culture, simplement filtrée sur le coton, on obtient après la seconde injection une température qui approche ou dépasse 40°.

Si l'on continue les injections, l'animal peut succomber au bout de peu de temps, en conservant une température très élevée. Si, au contraire, après la 3e injection, on laisse retomber le thermomètre au-dessous de 38°, on peut recommencer les injections au nombre de 3 et ainsi de suite. Le sérum de ces chevaux a commencé à être réellement actif au bout de 8 à 10 mois d'immunisation, et les premiers chevaux arrivent à n'avoir presque plus de réaction des mêmes injections qui donnent aux nouveaux animaux une température élevée. Ce sérum a été expérimenté depuis plusieurs semaines, corollairement avec le procédé de vaccination.

2° THÉRAPEUTIQUE DU CANCER

Si l'on considère le polymorphisme des tumeurs et la variabilité de leur évolution, on conçoit *a priori* qu'un traitement antinéoplasique doit être très complexe et très difficile à appliquer.

Prenons un cas de diphtérie; le sérum réussit ou ne réussit pas : le cas est jugé en 2 ou 3 jours.

Prenons un cas de furoncle ou d'anthrax. L'administration de la staphylase, qui guérit parfois en 2 heures, pas davantage, un coryza aigu avec envahissement de la trachée, suffit le plus souvent.

Dans les cas où l'infection paraît grave, une seule ou deux injections de sérum antistaphylococcique déterminent une modification locale immédiate et la guérison. Un furoncle qui évolue naturellement en 12 à 15 jours se trouve guéri, suivant l'époque du début du traitement, en 2 à 5 jours; de même pour l'anthrax, la guérison survient en 3 à 10 jours.

Mais la diphtérie, le furoncle et l'anthrax sont des affections à évolution aiguë. Le cancer au contraire tue rarement en moins de 3 mois et peut durer 2 ans, 6 ans et davantage. La maladie peut subir un arrêt apparent et présenter une recrudescence inattendue. Le début de la généralisation est le plus souvent insidieux.

Un traitement spécifique du cancer doit aboutir à ce résultat, de rendre les humeurs et les cellules de l'économie réfractaires à l'extension du tissu néoplasique.

On sait que certains malades résistent beaucoup plus que d'autres; nous avons observé des cancers suraigus à l'âge de près de 90 ans.

Il est évident, d'autre part, qu'un traitement anticancéreux ne pourra jamais déterner la *restitutio ad integrum* d'organes essentiels dont le tissu a été entièrement détruit.

Dans toute lutte entre l'organisme humain et un agent infectieux quelconque, la guérison ou la mort dépendent de la résistance relative de l'un et de l'autre.

Nous en arrivons à cette conclusion qu'aucun cas de cancer ne pourra être curable qu'autant que l'organisme sera encore susceptible de réagir d'une manière positive sous l'influence du traitement.

Le traitement ne pourra donc être dirigé que par des médecins possédant une éducation clinique spéciale, et à la condition expresse que les malades soient sous leur direction absolue et exclusive. En effet, dans bien des cas, ce sont des personnes de la famille ou bien des médecins n'ayant pas l'expérience nécessaire, qui veulent décider si oui ou non on doit remettre une injection au lendemain, ou qui réclament l'interruption momentanée du traitement.

Ceci bien déterminé, je vais donner les résultats de mon expérience actuelle, qui est déjà considérable, puisque le 1er cas remonte au 2 janvier 1901, c'est-à-dire à près de 4 ans, et que je publie dans ce volumes 242 observations.

Quels sont les cas que nous devons traiter? Nous avons vu que, parmi nos 242 observations, nous comptons 128 cas qui ont été soignés beaucoup trop tardivement ou bien qui n'ont pas suivi le traitement dans les conditions nécessaires pour obtenir un bon résultat. Beaucoup de ces malades étaient tellement atteints qu'ils sont morts en moins de 2 mois : on ne pourra jamais exiger de guérir un phtisique qui n'a plus que quelques jours à vivre.

Les cas qui doivent être soignés sont :

1° Tous les cas de tumeurs malignes confirmées et encore localisées qui d'après l'expérience clinique sont voués, après l'opération, à une récidive presque fatale. Ces

cas, il est préférable actuellement de les opérer après deux ou trois injections préventives de toxines et de vaccins. On continue le traitement pendant 2 ou 3 mois dans les cas qui semblent favorables.

Dans ces cas qui paraissent défavorables, il faut reprendre le traitement après 1 mois de repos, et tenir longtemps le malade sous une surveillance rigoureuse.

Dans ces cas, on injecte avant l'opération, à 2 jours d'intervalle et à parties égales, et en les mélangeant au moment de l'injection, deux flacons de 5 cc. de toxine forte et de toxine atténuée, puis, pour la seconde injection, un flacon de vaccin fort.

2° Les cas de cancer confirmé mais encore localisé, où l'opération ne peut être faite complètement par suite de la nécessité de ménager des organes essentiels. Dans ces cas il y a avantage à enlever tout ce qu'on peut enlever et à faire le curetage de la profondeur du foyer; ce curetage sera répété s'il y a lieu pour activer la cicatrisation. J'ai déjà cité en détail, dans ma communication de février et plus haut, la guérison de cas où l'opération était manifestement incomplète et où il avait été laissé dans la plaie des tissus nettement cancéreux.

Dans ces cas, il est avantageux de faire avant l'opération trois ou quatre injections de toxines forte et atténuée mélangées. On opère, et le vaccin faible est injecté aussitôt après l'opération, puis à des intervalles de 2 ou 3 jours, suivant la réaction des malades, on pratique trois à dix injections de toxines, une injection de vaccin fort, et ainsi de suite, pour terminer par une injection de vaccin fort.

3° Les cas absolument inopérables par suite de l'étendue de la lésion, et où la lésion n'a pas attaqué d'organes vitaux, comme le cancer du sein en cuirasse. On traite ces cas comme les précédents, mais en n'arrivant qu'avec prudence au vaccin fort, pour ne pas provoquer de réaction défavorable du côté du néoplasme.

On trouvera dans notre volume un assez grand nombre de cas où le résultat du traitement a été excellent sans opération. Nous ferons remarquer qu'il s'agissait sans exception de cas où les tissus cancéreux n'avaient pas une grande épaisseur. Toutes les fois qu'il existe une masse cancéreuse volumineuse, il faut tâcher de l'enlever, ne serait-ce qu'incomplètement.

En effet, qu'elle est l'action du traitement? Il provoque dans les cellules saines de la périphérie du néoplasme et dans les humeurs qui les irriguent une réaction défensive. Mais il faut que ces cellules soient saines; or, les cellules qui ont pris le type néoplasique sont des cellules altérées; elles pourront s'atrophier, se résorber, se nécroser, mais elles ne pourront pas revenir à l'état normal.

L'opération, si elle est possible, ne serait-elle qu'un curetage, diminue l'effort réclamé à l'organisme. Les abcès tuberculeux ne se cicatrisent-ils pas, le plus souvent, après un simple grattage suivi du tamponnement avec une compresse stérilisée? On distingue facilement, pendant le traitement, à la surface des plaies cancéreuses grattées, si la récidive se produit, ou bien si la cicatrisation est normale.

Y aurait-il quelque doute, on prélève un fragment pour l'examen histologique.

4° Les cas de cancer massif inopérable et en voie de généralisation n'ont pas bénéficié du traitement d'une manière durable. Nous avons cependant observé des arrêts manifestes dans l'évolution de néoplasmes inopérables, avec amélioration de l'état général. Dans d'autres mauvais cas, on observe une amélioration sensible au bout des cinq ou six premières injections; puis le cas s'aggrave. Il semble que l'organisme n'ait

plus la force de réagir favorablement. C'est, pour employer une comparaison, un feu de paille éphémère, ou bien une lampe qui s'éteint faute d'huile. Ces détails sont très importants, parce que beaucoup de confrères s'imaginent qu'ils doivent obtenir, par une seule injection de vaccin ou de sérum, la guérison d'un cas de cancer chez un malade qui, souvent, n'a plus un mois à vivre. L'homme est mortel, il ne faut pas l'oublier, et le médecin ne peut prétendre qu'à retarder le délai.

Vaccination anticancéreuse préventive. — Les résultats acquis jusqu'ici sont une immunisation de personnes déjà atteintes de cancer contre l'évolution ultérieure de la maladie. Il est évident que le même traitement peut immuniser contre le cancer, à titre préventif, pour un temps très long, des personnes non cancéreuses encore. Cette vaccination peut être faite chez des personnes menacées de devenir cancéreuses soit parce qu'il existe des antécédents héréditaires inquiétants, car on hérite toujours du terrain-soit parce que, à un moment donné, on constate dans leur état général certaines altérations prémonitoires de l'invasion néoplasique.

Sérothérapie animale. — La vaccination produit habituellement une immunisation d'une certaine durée, tandis qu'un sérum antitoxique d'origine animale arrête dans son évolution une maladie infectieuse aiguë, sans produire d'immunisation pour l'avenir. J'ai donc cherché à obtenir un sérum animal anticancéreux dans le double but :

1° De combattre rapidement l'intoxication cancéreuse dans les cas graves, afin de préparer une réaction favorable vis-à-vis des vaccins chez des organismes trop intoxiqués, et où mes essais de vaccination ne produisaient aucun résultat ;

2° De pouvoir activer, dans certains cas, l'immunisation, en combinant à l'action des vaccins l'action antitoxique du sérum animal, qui permet d'injecter les premiers à plus forte dose.

Expériences nouvelles. — Les résultats acquis sont, comme on a pu le voir, très encourageants, mais il faut espérer mieux.

Le traitement, tel que je le propose aujourd'hui, n'est qu'une des étapes, la dernière à ce jour, de toutes les étapes que j'ai parcourues depuis janvier 1881.

L'augmentation du nombre des cas en traitement pourra seul nous permettre d'améliorer notre expérience clinique et, par suite, les résultats thérapeutiques.

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THERAPEUTIQUE

Séance du 24 octobre 1904

Présidence de M. Mathieu

M. Catillon, à propos de la *glycérine boriquée*, rappelle que dans la glycérine à 30°, actuellement en usage, l'acide borique se dissout dans la proportion de 1 : 4 1/2.

M. Chevalier, à propos de la *toxicité de l'acide borique* qui est niée par les uns et affirmée par les autres, a pu récolter 22 cas dans la littérature. Les cas peuvent se diviser en deux groupes : 1° *cas légers*, se produisant à la suite de diverses interventions bénignes, telles que lavages de la plèvre, de la vessie, de cavités purulentes, etc. Ces accidents peuvent se montrer même après l'emploi de quantités très faibles d'acide borique, ils se caractérisent par de l'érythème, de la céphalée, des vomissements. La démonstration de l'action du médicament a été faite dans quelques cas de la façon suivante : les troubles cessèrent après suppression du topique, pour reparaître dès qu'on l'employait à nouveau. 2° *cas graves*, observés dans quelques cas après l'emploi de l'acide borique en poudre, comme pansement vaginal, ou pour combler une plaie d'adénite inguinale. Dans un de ces derniers cas, 3 jours après le début des pansements, se produisirent un érythème intense, de la cyanose, des sueurs visqueuses : le pouls était à 138°, la respiration à 38°, du délire, puis la mort.

Ordinairement, l'absorption de l'acide borique en poudre se fait fort malaisément ; mais, dans certaines conditions encore inconnues, cette absorption peut se faire, elle provoque souvent des lésions de néphrite et une insuffisance rénale consécutive.

Les impuretés éventuelles ne semblent pas jouer un rôle dans la genèse des accidents, qui sont très caractéristiques, l'orateur n'a trouvé signalée qu'une seule fois la présence d'acide chlorhydrique libre.

M. Blondel demande si l'on n'a pas retrouvé, à l'autopsie, l'acide borique dans les voies digestives : on sait que son élimination s'effectue par cette voie, et que l'élimination par les glandes stomacales, par exemple, provoque des crampes d'estomac.

M. Laufer fait une communication concernant *l'utilisation du sucre par les tuberculeux*. Quand on augmente progressivement la quantité de graisses dans l'alimentation des tuberculeux, on voit que ces graisses exercent une action d'épargne : le poids augmente, puis reste stationnaire à partir d'une certaine dose. Les graisses peuvent du reste se déposer en nature dans l'organisme. Ces effets sont obtenus avec des doses de 150 à 250 grammes par jour.

Si l'on se contente de doses de 80 à 120 gr., l'augmentation de poids est très lente, mais constante, et l'on n'observe pas, comme chez les sujets de la première catégorie, un arrêt suivi d'une perte de poids, due au fait que les fortes doses finissent par troubler l'appétit et qu'une grande partie des graisses reste non absorbée et est éliminée avec les matières fécales.

Si, au lieu de graisses, on donne du sucre, les phénomènes sont différents. L'orateur a essayé sur 4 tuberculeux, dont 2 reçurent successivement des doses quotidiennes égales (50 gr.) de graisses et de sucre pendant des périodes de 6 jours pour chaque aliment. Les 2 autres reçurent des doses isodynamiques, soit 94 grammes de sucre et 41 grammes de graisses. Comme alimentation, le régime lacté avait été adopté au cours de l'expérience.

Ces recherches ont démontré, surtout pour la seconde catégorie de sujets, un avantage marqué en faveur des hydrates de carbone ; le poids augmente d'une façon beaucoup plus sensible que si le sujet absorbe des graisses.

M. Odilon Martin présente des *graphiques pour douches*, grâce auxquels on peut inscrire les données concernant la durée, la température, etc., prescrites par le médecin. Le doucheur pourra ainsi éviter les erreurs fréquentes dans les établissements thermaux.

M. Dalché lit une communication concernant *l'emploi du séneçon dans le traitement des dyspepsies.* Le séneçon donne d'excellents résultats, comme on sait, dans la dysménorrhée nerveuse ou fluxionnaire ; elle n'est certes pas infaillible, mais agit comme sédatif du système nerveux. Murrell, en Angleterre, a essayé ce même médicament dans la dyspepsie flatulente, mais la formule qu'il recommande est assez compliquée et il n'est pas facile de trouver ce qui revient au séneçon dans l'action médicamenteuse de ce mélange. L'orateur a préféré expérimenter l'extrait fluide de séneçon dont il prescrit XXX gouttes dans de l'eau sucrée avant chaque repas. Cette médication n'exerce aucune action sur les gastralgies dépendant de l'hyperchlorhydrie, mais elle calme les autres formes de ce symptôme, en outre, elle relève manifestement l'appétit et agit d'une façon marquée dans les cas d'entérocolite et de dyspepsie flatulente. Il faut éviter de donner le séneçon pendant trop longtemps de suite, car il retarderait la menstruation.

Dans la gastrite éthylique, l'effet thérapeutique est nul ; chez les tuberculeux, il semble que l'on obtienne un soulagement des nausées et de l'anorexie.

M. Faure présente une note sur *l'emploi des injections mercurielles chez les nerveux.* Les sels solubles en injections hypodermiques ou intra-musculaires sont spécialement indiqués chez les nerveux, car l'ingestion de pilules, par exemple, provoque facilement chez eux des troubles intestinaux. Au point de vue du sel soluble à choisir, il faut se livrer à une étude prolongée du malade pour savoir lequel d'entre eux donnera les meilleurs résultats dans chaque cas particulier. En tous cas, l'effet thérapeutique n'est pas proportionnel à la quantité du mercure administré, il dépend beaucoup plus du sel employé.

Chez les adultes, on agira avec grande prudence, en se rappelant que l'action du mercure est nulle sur l'élément infectieux : chez les vieillards, il faudra procéder plus prudemment encore. En tous cas, on se souviendra que chez les nerveux, une intervention trop énergique est souvent nuisible.

M. Leredde s'élève contre la tendance à généraliser que présentent beaucoup d'auteurs qui s'occupent de ce sujet. L'orateur estime à l'encontre du préopinant, qu'il faut agir, dans la syphilis nerveuse, beaucoup plus énergiquement qu'on ne le fait d'ordinaire, et qu'il est dangereux de recommander la prudence dans un domaine où elle n'est que trop souvent la règle du praticien. Certes, le traitement vraiment intensif doit être surveillé comme tous les traitements à base de médicaments toxiques, mais il est indispensable dans les formes rapides et sans danger dans les formes lentes.

M. A. Robin appuie les remarques de M. Leredde, il ne connaît qu'un seul cas où le traitement vraiment intensif eût présenté des inconvénients : encore s'agissait-il d'une doreuse sur cuivre, déjà intoxiquée par le mercure, et chez laquelle chaque injection provoquait une poussée fébrile intense. Un traitement local par la pommade à l'oxyde jaune fit régresser les syphilides.

On a dit que le mercure ne guérit pas le tabès : l'orateur peut citer un cas guéri depuis 22 ans.

On parle aussi trop facilement de traitement intensif. Par exemple, on fera tous les 15 jours une injection d'huile grise et on croira avoir fait une médication intensive. C'est là une grande erreur : il faut injecter tous les jours, 0 gr. 05 de benzoate de mercure, par exemple, pour satisfaire au désidératum de la médication intensive, qui ne donne pas d'accidents, si elle est bien dirigée.

M. Lyon envoie une note additionnelle concernant le *traitement de l'entéro-colite muco-membraneuse.* La constipation représente, certes, un accident initial de l'affection, mais elle n'en est pas la cause principale, qui est un trouble fonctionnel du système nerveux ; la preuve se trouve dans le fait que l'entéro-colite apparaît souvent brusquement sous l'influence de la neurasthénie. En outre, l'origine nerveuse de l'affection est démontrée par la nocivité du traitement local, alors qu'un traitement psychique donne d'excellents résultats.

M. Weber rappelle que quelques auteurs modernes ont attribué à des troubles trophiques du système lymphatique les successions de lésions suivantes : végétations adénoïdes, ozène, appendicite, entéro-colite muco-membraneuse. Toutes ces affections qui apparaissent successivement chez le même sujet atteignent le tissu lymphoïde, et s'accompagnent d'une série de troubles accessoires (crampes dans les membres, carie dentaire, bifidité des poils, etc.), reparaissant chez tous ces malades.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses

Dr LESAGE

Médecin des Hôpitaux.

Traitement de la fièvre typhoïde, par A. HARE (*Therapeutic gazette*, 15 septembre 1904). — L'auteur a l'habitude de donner à tous ses malades, après la première semaine de la fièvre typhoïde, un ou deux œufs pochés par jour ajoutés à la ration de lait, puis il varie le régime en donnant du petit-lait, de la crème de riz, de la farine d'avoine, du maïs aromatisés avec de la vanille on toute autre substance analogue. Il en résulte que l'amaigrissement du malade est beaucoup moins marqué que dans beaucoup de cas de pneumonie à l'époque de la convalescence. Les complications secondaires, furoncles, escharres sont inconnues, parce que la résistance vitale est maintenue au point qu'il n'y a pas de place pour des infections collatérales.

Tous les malades reçoivent en même temps de l'acide chlorhydrique et de la pepsine et l'on donne des protéides, de la diastase et de la pancréatine avec les hydrates de carbone. Par contre l'auteur rejette le thé de bœuf qui ne servirait que de milieu de culture et qui augmente la tympanite et la diarrhée. Les selles deviennent d'ailleurs fétides par son usage. Quant aux bains froids, ils agissent moins en abaissant directement la température qu'en rétablissant l'équilibre circulatoire troublé, ce qui fait que les reins remplissent mieux leurs fonctions dans l'élimination des toxines. Les bains possèdent en outre toute leur efficacité lorsqu'on les fait suivre de frictions et de massages. L'éponge suivie de frictions donne d'ailleurs les mêmes résultats, parfois supérieurs à ceux des bains froids. Il est plus facile d'autre part, d'agir sur les régions déclives qui peuvent être plus facilement le siège de décubitus.

Beaucoup de malades sont profondément toxémiques lorsque leur température est très au-dessous de 39°, température à laquelle on prescrit des lotions froides. Mais il vaut mieux alors ne pas pratiquer ces lotions, parce qu'alors la température pourrait devenir subnormale et que le collapsus pourrait survenir. La toxémie survient ici parce que la température n'est pas assez élevée. Dans ces conditions, il vaut mieux recourir aux bains chauds, qui avec les frictions peuvent rétablir l'équilibre circulatoire, diminuer la toxémie et même ramener la température à la normale.

Faut-il donner de l'alcool aux typhiques? L'auteur est convaincu que dans beaucoup de cas l'alcool a été très utile, aussi en use t-il largement tout en alimentant bien les malades. Un grand nombre de médecins se sont prononcés en faveur de l'emploi judicieux de l'alcool dans la fièvre typhoïde; peut-être cette substance agit-elle en augmentant ici le pouvoir bactériolytique du sang.

L. JUMON.

Essai sur l'emploi de l'acide phosphorique dans le traitement de la fièvre typhoïde, par LAFFONT (*L'Echo Médical des Cévennes*, septembre 1904). — Chez sept typhiques avérés, l'auteur, ayant trouvé une hypo-acidité urinaire marquée, a cherché à relever leur acidité et mettre leur organisme en état de meilleure résistance à l'agent infectieux.

Il n'a pas réussi à juguler la maladie, mais ces infections ont paru tellement atténuées dans leurs manifestations, qu'il a cru pouvoir rattacher à l'emploi de l'acide phosphorique la bénignité observée dans ces sept cas.

L'administration de l'acide phosphorique est facile; les malades acceptent aisément les solutions de ce corps. Comme le taux d'acidité

urinaire de chacun des malades variait, la quantité d'acide phosphorique employée a varié parallèlement. En général, l'auteur a formulé ainsi :

Acide phosphorique officinal.....	2 grammes
Sirop de limon.....	50 —
Eau bouillie.....	150 —

Une cuillerée à potage toutes les deux ou toutes les quatre heures, suivant le taux d'acidité. Ce titre de solution est en général bien toléré, agréable même ; du reste il est facile de faire absorber cette cuillerée dans de l'eau sucrée.

Quelques-uns de ces malades étaient soumis en même temps à la balnéation ou à l'enveloppement par le drap humide ; tous enfin ont reçu à titre de désinfectant gastro-intestinal, la levure de bière sèche.

E. Vogt.

Cryogénine et fièvre typhoïde, par Boutteville (*Thèse de Paris*, 1904). — L'auteur émet cette opinion que dans les cas courants, la balnéothérapie constitue la méthode de choix, mais si les bains sont contre-indiqués ou insuffisants, on fera bien de recourir aux antipyrétiques. Ils ont du reste aussi l'avantage de permettre de réduire le nombre des bains et d'en élever la thermalité.

On sait que la cryogénine abaisse la température sans troubler les réactions de l'organisme. Notons que dans le service de Beaurieux, à Orléans, plus de cent tuberculeux ou typhiques ont été traités par la cryogénine ; pas une seule fois on n'a observé de collapsus.

L'auteur dispose d'une série d'observations personnelles : la cryogénine a été administrée de la façon suivante : 1 gramme le premier jour, 0 gr. 60 le lendemain, 0 gr. 40 le troisième jour, puis des doses quotidiens de 0 gr. 40 ou 0 gr. 20 suivant l'effet produit. Cette médication a pour effet constant la disparition de la sécheresse de la langue, des vomissements, de l'excitation, de l'insomnie, de la stupeur et souvent du délire.

Les bains froids restant la base du traitement, la cryogénine fut donnée dans les cas les plus rebelles surtout. L'auteur a ainsi obtenu, dans 14 cas sur 21, une défervescence au douzième jour en moyenne : en outre, il a pu constater, sans s'expliquer le phénomène, que les chutes de température sont surtout prononcées, pour une même dose de cryogénine, lorsqu'elles ont été précédées de bains ou de doses de quinine qui n'avaient exercé cependant aucun effet sur la courbe.

La chute ne dure pas généralement plus de quelques heures.

En résumé, on peut employer la cryogénine en même temps que les bains, et l'on arrive grâce à elle à faire évoluer le processus morbide avec une température inférieure à celle que l'on observe en dehors de son usage, qui contribue en outre à améliorer l'état général et à hâter la défervescence. Ce médicament constitue l'antithermique de choix chaque fois que les bains sont contre-indiqués.

Son efficacité est absolue dans la fièvre de convalescence.

E. Vogt.

Traitement de la scarlatine, par G. Carrière (*Le Nord médical*, 1er octobre 1904). — *Prophylaxie*. Toutes les fois qu'on soupçonnera la scarlatine, isoler le sujet, car la maladie est contagieuse à toutes les périodes, surtout à la période d'invasion, lors de l'énanthème. Cet isolement doit être prolongé jusqu'à la fin de la desquamation qu'on facilite par des onctions de vaseline boriquée, après administration de bains chauds savonneux quotidiens. Licenciement immédiat pour une dizaine de jours dans les écoles dès que se produit un cas de scarlatine. Ne pas permettre la réintégration à l'école avant 40 jours pour le convalescent.

Pour le personnel, pénétrer dans la chambre avec une blouse qu'on laissera en sortant, se laver les mains à l'alcool et à la liqueur de Labarraque à 1/50 ; se laver la figure avec la même solution. Désinfecter produits d'excrétion, crachats, ustensiles, linges, mouchoirs ; l'eau des bains et de la toilette sera additionnée d'une solution de sulfate de cuivre à 45 0/00.

Hygiène des scarlatineux. — Chambre vaste et bien aérée, ne pas surchauffer la chambre, l'excès de chaleur prédisposant au refroidissement, cause fréquente de néphrite. Aérer la chambre deux fois par jour, en couvrant le malade. Balayer avec le linge humide. Vaporisation dans la chambre en mettant sur le feu une marmite remplie d'eau additionnée toutes les heures d'une cuillerée à soupe de la solution :

Acide phénique.....	200 grammes
Teinture d'eucalyptus..	50 —
Alcool à 90°.....	250 —

Ces vaporisations empêchent les infections respiratoires.

Régime alimentaire. — Régime lacté absolu et prolongé, tout au plus pourrait-on y joindre quelques jaunes d'œufs battus. Ce régime sera prolongé 30 jours. Favoriser la diurèse, limonade au citron, tilleul, décoction de riz et d'orge, infusion de bourrache et de chiendent.

Thérapeutique. — Désinfecter minutieusement les cavités naso-pharyngiennes. Instiller trois fois par jour de l'huile mentholée au 1/100 dans les narines, la tête renversée en arrière.

Désinfecter la gorge par quatre à six badigeons en vingt-quatre heures avec un tampon imbibé de liqueur de Labarraque au 1/50. Se gargariser avec la même solution, instiller dans les yeux de l'eau boriquée, fraîche et filtrée, à 4 0/0. Deux fois par jour verser dans l'oreille quelques gouttes d'eau oxygénée à dix volumes.

L'intestin sera désinfecté à l'aide de benzonaphtol.

Soins de la peau : bains tièdes savonneux, en veillant à ce que l'enfant ne se refroidisse pas. Laver la vulve à la liqueur de Labarraque.

Antisepsie générale par les sels de quinine surtout les suppositoires :

Chlorhydrate neutre de quinine.....	0 gr. 25 à 0 gr. 50
Beurre de cacao.....	Q. S.

Contre la fièvre élevée, 0 gr. 05 cryogénine par année d'âge, 0 gr. 75 chez l'adulte et diminuer les doses les jours suivants. S'il y a des vomissements, supprimer toute alimentation buccale, donner des fragments de glace et la potion de Rivière, élixir parégorique.

Parfois pendant la convalescence, il peut y avoir des poussées fébriles que rien n'explique, donner alors une dose de cryogénine.

Dans les cas de forme gastro-intestinale, ne pas couper brusquement la diarrhée, mais désinfecter l'intestin avec la limonade suivante :

Acide lactique.....	0 grammes 50
Sirop de limons.....	250 —
Eau.....	250 —

Décoction de riz pendant vingt-quatre à quarante-huit heures, ou donner une potion avec du benzonaphtol, du salicylate de bismuth et de l'élixir parégorique.

Dans la scarlatine algide, avec syncopes fréquentes, injections d'alcool ou d'éther, injections de sérum artificiel, et caféine.

Dans l'adynamie, donner un bain sinapisé à 37° toutes les trois heures, appliquer des bottes sinapisées, frictions à l'alcool sur tout le corps, injections de sérum artificiel, additionné de caféine (0 gr. 05 par année d'âge) ou de spartéine (0 gr. 01 par année d'âge). Potion à l'acétate d'ammoniaque.

Dans les cas de scarlatine ataxique accompagnée de délire, carphologie, convulsions, bains chauds de dix à quinze minutes à 40° répétés toutes les trois heures, et potion avec teinture éthérée de musc, bromure de potassium, chloral et teinture de belladone. Au-dessus de dix ans, bains progressivement refroidis.

Dans la scarlatine hémorragique, lavements de sérum gélatiné et potion au chlorure de calcium.

Si l'angine devient pseudomembraneuse, injecter de bonne heure le sérum antidiphtérique, antisepsie de la gorge, envelopper le cou d'ouate imbibée d'eau tiède, sinapiser les jambes.

Contre l'albuminurie, régime lacté, lactate de strontium et tannin. S'il survient de l'urémie saignée, ventouses scarifiées sur les reins, ponction lombaire, purgatifs drastiques, etc. Sur les bubons, cataplasmes résolutifs.

Dans le rhumatisme scarlatin, compresses imbibées de salicylate de méthyle sur les articulations ou liniment révulsif. Convalescence, au grand air, campagne ou la mer.

Le régime lacté ne sera abandonné que vingt à trente jours après la chute de la fièvre. Huile de foie de morue et arsénicaux pour tonifier l'enfant.

L. Jumon.

Maladies générales non infectieuses et intoxications

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

La tolérance pour les hydrocarbures chez les diabétiques (*Kl.-ther. Wochenschrift*, n° 31, 1904). — Kolisch et Schomann-Leclerq ont reconnu que l'assimilation défectueuse des hydrocarbures dépend, chez le diabétique, principalement de la nature des autres éléments nutritifs absorbés (albuminoïdes surtout). Si, chez des diabétiques graves dont l'élimination de glycose a été rendue constante par un régime de composition invariable, continué pendant quelque temps, on remplace les albuminoïdes par des hydrocarbures possédant la même quantité de calories, on voit que la glycosurie, loin d'augmenter, diminue dans nombre de cas. On ne saurait expliquer ces faits que par une irritation toxique due à l'ingestion des albuminoïdes et provoquant l'élimination des hydrocarbures. Ces données, fort différentes des opinions classiques, permettent d'expliquer les résultats favorables enregistrés par beaucoup d'auteurs à la suite de l'administration d'avoine, de lait, de pommes de terre, etc., aux diabétiques.

E. Vogt.

Résultat du traitement radiothérapique chez deux leucémiques, par Fried (*Munchener med. W.*, 4 octobre 1904). — Des deux observations produites, il résulte que les symptômes de la leucémie ont été considérablement améliorés

sous l'influence du traitement radiothérapique. Les globules blancs (62.000 dans un cas, 132.000 dans l'autre), sont revenus à un chiffre normal ou presque normal. Les globules rouges ont augmenté ainsi que le taux de l'hémoglobine, la rate a très fortement diminué de volume. L'état général s'est relevé et le poids a augmenté dans un cas. Ce résultat a été obtenu en très peu de temps et il est tel qu'aucun autre traitement ne pourrait le donner. Des observations plus nombreuses apprendront si l'on peut arriver à une guérison définitive par ce mode de traitement. Celui-ci n'a pas amené de phénomènes désagréables ; dans un cas seulement, il s'est produit sous l'application d'un morceau de sparadrap un petit foyer inflammatoire. Les malades étaient âgés de 59 et de 46 ans.

L. Jumon.

Traitement de l'empoisonnement par le gaz d'éclairage, par V. Hubbard (*Medical Record*, 10 septembre 1904). — Dans un cas d'intoxication profonde par le gaz d'éclairage, avec coma persistant depuis trois heures, respiration de Cheynestokes, cyanose, pouls 120, suspension du réflexe pupillaire, rigidité musculaire, l'auteur fit une large saignée de près d'un litre et tenta d'introduire par la même veine, la médiane céphalique, une solution saline normale. Mais l'opération ne réussit pas et il pratiqua l'hypodermoclyse sur la paroi abdominale. Le pouls se releva en quelques minutes. L'injection fut poussée jusqu'à 1.200 cc. Une heure après, la malade revint à elle, et le lendemain elle était tout à fait rétablie. L'auteur a réussi par le même traitement dans d'autres cas d'empoisonnement par le gaz d'éclairage, dans un cas même douze heures après le début des accidents. Mais plus tôt on intervient et plus la guérison est certaine. Cette durée de l'intoxication avant l'intervention favorise la névrite périphérique et les symptômes psychiques. Quant à la quantité de sang à enlever, il n'y a pas de règle : il est seulement temps de s'arrêter lorsque le pouls faiblit. Une seconde saignée peut être indiquée, mais pas avant quatre ou cinq heures, lorsque les accidents persistent.

L. Jumon.

Traitement des morsures de serpent, par Léonard Rogers (*Brit. med. J.*, 17 sept. 1904). — L'auteur étudie d'abord l'action physiologique des diverses classes de venins des ophidiens, après avoir institué des recherches avec les venins de quatre serpents. Leur action commune est une lésion rapide de la circulation due non à un effet direct sur le cœur, mais à une paralysie du centre vaso-moteur de la moelle. La pression sanguine fortement abaissée peut être relevée par certains puissants vasoconstricteurs, comme l'extrait surrénal et la nicotine. Le venin d'autres serpents agit en paralysant le système respiratoire ; enfin, d'autres venins détruisent la coagulabilité du sang, d'où les hémorragies.

Le sérum de Calmette préparé surtout avec le venin de cobra n'a d'action que contre le venin des colubridés et non contre celui des viperinés. Pour obtenir une action rapide, l'injection doit être poussée dans une veine, et non simplement sous la peau. L'auteur donne ici les résultats qu'il a obtenu dans des expériences sur des animaux.

Mais on n'a pas souvent du sérum antivenimeux sous la main et il faut agir par des moyens plus accessibles, Le permanganate de potasse est l'un des meilleurs et agit contre toutes les espèces de venins. Pour s'en servir, on applique d'abord une ligature en-deça de la morsure, puis on incise celle-ci et on frictionne la plaie préalablement mouillée d'une solution saline, avec des cristaux de permanganate de potasse, Ce sel n'a d'action qu'en application locale, employé à l'intérieur il n'a plus d'effet, peut-être parce qu'il cède trop vite son oxygène. Enfin on peut combattre les troubles vasculaires, par des injections d'extrait surrénal.

L. Jumon.

Chirurgie générale

Dr BENOIT

Ancien interne des hôpitaux

Sur quelques cas de cancer et de tuberculose traités par les rayons Rœntgen, par Reboul (*L'Écho Médical des Cévennes*, septembre 1904). — L'auteur a pu traiter 8 malades à l'aide et des rayons de Rœntgen :

Deux épitheliomas superficiels, deux récidives cutanées de cancers du sein, un cancer de la langue, un kystosarcome du maxillaire inférieur gauche, un rhumatisme tuberculeux du poignet et un lupus de la lèvre supérieure.

A la suite de l'exposition de leurs lésions aux rayons de Rœntgen, les malades ont présenté successivement les phénomènes suivants :

1° Atténuation et le plus souvent disparition rapide et complète des douleurs et du prurit ;

2° Suppression de l'odeur des cancers ulcérés ;

3° Cessation des hémorragies ;

4° Augmentation des sécrétions et du suintement, puis dessication des ulcérations ;

5° Affaissement et diminution du volume e de la surface des tumeurs ;

6° Production d'une cicatrice blanche souple régulière.

Conclusions. — Pour l'auteur on doit utiliser la radiothérapie dans les épithéliomas étendus et dans ceux qu'on ne peut enlever. Après l'opération il est encore utile de soumettre le malade à la radiothérapie.

Pour les récidives cutanées superficielles des cancers du sein opérés, les rayons de Rœntgen ont une action très favorable ; sous leur influence les douleurs diminuent ou cessent, les tumeurs cutanées ou sous-cutanées, les indurations néoplasiques, l'œdème s'affaissent et disparaissent. Dans le cancer de la langue, le traitement fut abandonné après la 3e séance.

Les rayons de Rœntgen paraissent agir localement et non sur l'infection générale cancéreuse.

Dans le cas du kysto-sarcome du maxillaire inférieur, il y eut une amélioration certaine.

Les lupus tuberculeux paraissent guérir sous l'influence des rayons de Rœntgen.

Le rhumatisme tuberculeux est heureusement influencé par la radiothérapie. Il y a propablement lieu d'essayer cette méthode de traitement dans les affections chirurgicales ostéo-articulaires, soit au début de ces affections, soit après les opérations dirigées contre elles.

E. Vogt.

L'anesthésie chirurgicale par injection sous-arachnoïdienne de stovaïne (*La Presse médicale*, 15 octobre 1904). — Kendirdjy et Berthaux donnent le résultat de 64 rachi-stovaïnisations faites dans le service de Humbert, à Cochin-annexe. Dans ces 64 cas figurent 25 circoncisions, 3 cures de hernie inguinale, 6 résections du scrotum, 3 ablations d'hémorroïdes, 5 cures radicales d'hydrocèle vaginale, 8 extirpations de végétations de la verge et de l'anus, 3 épididymectomies, etc.

Accidents. 1° — *Immédiats*. Malgré la durée de certaines opérations (jusqu'à 40 minutes), l'état général est resté parfait. Pas de pâleur, de sueur, de tendance à la syncope : les malades sont calmes et ne paraissent même pas se douter de l'acte opératoire. Dans un seul cas de cure radicale de hernie inguinale, il y eut un mouvement nauséeux réflexe au moment où l'on réséqua l'épiploon. Le résultat est absolument différent de celui que donne la cocaïne.

2° — *Consécutifs*. Il n'y a eu aucune irritation méningée, aucune hyperthermie. Les opérés se sont levés au bout de quelques heures et ont pris leur repas du soir à la table commune. Un seul malade, opéré pour de grosses hémorroïdes, a eu pendant 24 heures de la rétention d'urine : 3 malades ont eu une céphalée légère.

Sur sept sujets ponctionnés après l'intervention, six ne présentèrent aucune modification dans le mode d'écoulement du liquide céphalo-rachidien. Chez le septième, syphilitique se plaignant de céphalées intermittentes, une ponction faite huit jours après la circoncision (phimosis dû à la présence de deux chancres indurés du limbe préputial), a donné un liquid trouble.

Les ampoules injectées contenaient une solution titrée à 10 de stovaïne pour 100 de chlorure de sodium : on injecta en général un peu moins d'un demi-centimètre cube. Cette solution est du reste diluée, dans le corps de pompe de la seringue, avec une certaine quantité du liquide céphalo-rachidien du malade.

L'effet anesthésiant est au moins égal à celui que produit la cocaïne. Les premiers cas ayant donné une anesthésie moins parfaite, les auteurs ont systématiquement choisi, pour leurs vingt-cinq dernières interventions, le deuxième espace lombaire ; depuis ce moment, l'anesthésie a été parfaite, de l'ombilic aux orteils : elle n'a jamais remonté plus haut que l'ombilic.

L'anesthésie s'installe en moins de cinq minutes, débute par les organes génitaux et envahit presque simultanément les membres inférieurs : elle dure au moins quarante minutes. Très souvent, la sensibilité tactile elle-même disparaît. Les muscles sont parésiés.

Pas un seul échec n'a été enregistré.

E. Vogt.

Ce qu'il faut demander à tous les appareils pour mal de Pott (plâtrés ou orthopédiques, par le Dr Calot (de Berck) (*Congrès français de Chirurgie*, 17-22 octobre 1904). — Les appareils circulaires précis sont indispensables dans le mal de Pott et ce n'est guère que dans les cas très bénins que le repos avec ou sans gouttière suffira à empêcher la déviation.

Tout praticien doit donc et peut apprendre à faire un bon appareil.

Mais jusqu'à ce jour les appareils proposés étaient défectueux ou insuffisants, non seulement les corsets ordinaires, trop courts, trop larges, qui ne maintiennent rien, mais les appareils les plus grands et les mieux faits.

Le vice fondamental de tous ces appareils, c'est de demander exclusivement à l'extension du rachis l'immobilisation de celui-ci.

Or, l'extension énergique n'est pas tolérée par le sujet et elle est pratiquement impossible à conserver intégralement, si bien qu'en fait

une gibbosité peut apparaître ou progresser dans les appareils actuels.

Y a-t-il un remède? Oui. C'est de demander à la pression directe exercée sur les vertèbres malades ce que nous avons jusqu'ici demandé inutilement à l'extension seule, et d'ajouter à nos appareils actuels un dispositif permettant d'agir localement et exactement sur les vertèbres malades ou simplement suspectes.

L'auteur pense avoir résolu le problème pratiquement, en ouvrant dans la partie dorsale des appareils (construits de la manière ordinaire), au niveau des vertèbres malades, une fenêtre grande comme la main par laquelle on introduit méthodiquement, entre la gibbosité et l'appareil 10, 15, 20 carrés d'ouate d'un centimètre d'épaisseur maintenus ensuite au niveau du plan des montants de la fenêtre avec une bande de mousseline gommée humide.

Cette compression est aussi énergique qu'on le veut et cependant très douce, à la fois efficace et bien tolérée, ne donnant jamais d'eschares.

Ce n'est pas seulement avec l'appareil plâtré, mais encore avec l'appareil en celluloïd ou un appareil orthopédique quelconque que cette action locale et efficace sur la gibbosité peut être exercée, grâce à un volet mobile qu'on rabat par dessus la ouate et qu'on fixe avec un petit verrou. Et cela est précieux pour les enfants qui vivent loin du médecin et dont les parents ne veulent pas de plâtre.

Grâce à des appareils plâtrés orthopédiques ainsi construits, les malades peuvent, à la rigueur, marcher pendant toute la durée du traitement.

Efficacité démontrée par les faits, simplicité, facilité d'exécution, voilà les qualités qui recommandent ces appareils à tous les praticiens.

Le jour où tous les médecins sauront faire un bon appareil dès l'arrivée du malade, la question du traitement du mal de Pott sera résolue.

R. Blondel.

Luxation congénitale de la hanche, par le Dr Calot (de Berck) (*Congrès français de chirurgie*, 17-22 octobre 1904). — M. Calot présente aux membres du Congrès dix enfants guéris de luxation congénitale simple ou double.

Ces enfants marchent et courent devant les congressistes avec une telle perfection qu'il est impossible à qui que ce soit de retrouver une trace de leur ancienne infirmité.

Les radiographies présentées au Congrès témoignent que la guérison anatomique est aussi parfaite que la guérison fonctionnelle.

M. Calot a tenu à montrer des enfants tout petits, n'ayant pour la plupart que deux à trois ans, pour démontrer, contrairement à l'opinion généralement adoptée, que l'on peut très bien arriver à cet âge à une guérison impeccable; et il s'appuie sur ces résultats pour soutenir qu'il faut commencer le traitement beaucoup plus tôt qu'on ne le fait d'habitude, dès que le diagnostic a été posé, c'est-à-dire généralement quelques mois après que l'enfant a fait ses premiers pas.

R. Blondel.

Un cas d'ostéo-sarcome du fémur traité par la phénopuncture, par le Dr L. Mencière (de Reims) (*Congrès français de chirurgie*, Séance du 18 octobre 1904). — M. Mencière rappelle ses mémoires antérieurs sur la phénopuncture et sur la technique spéciale qu'il a préconisée pour cette opération. Il montre une fois de plus que cette pratique est absolument sans danger. Il est démontré aujourd'hui que cette méthode n'a en réalité aucun des inconvénients qu'on lui a attribués et qu'en tout cas elle n'a pas de décès à son passif.

Etant donné les résultats déjà obtenus dans la tuberculose osseuse, il était rationnel d'essayer cette manière de faire contre le cancer lui-même et en particulier dans le cancer des os.

M. Mencière a eu précisément l'occasion de traiter de cette façon un ostéo-sarcome envahissant de l'extrémité inférieure du fémur chez une jeune femme de trente ans. L'opération date déjà de quelques mois et la guérison fut obtenue dans d'excellentes conditions. Actuellement, il n'y a pas trace de récidive.

L'auteur ne veut pas tirer de cette observation unique des conclusions prématurées; ce serait certainement aller trop loin. Mais d'ores et déjà il faut noter qu'il y a là une voie nouvelle à explorer, qu'il y a matière à expérimentation dans ce sens. Ce n'est évidemment que de tout un ensemble de faits analogues qu'on pourra tirer des remarques utiles. Il ne peut par suite qu'inviter ses collègues à suivre son exemple et à publier les résultats de leurs tentatives cliniques.

R. Blondel.

Rétrécissement cicatriciel et spasme de l'œsophage par le Dr Moulonguet (d'Amiens) (*Congrès français de chirurgie*, 1904). — L'élément spasmodique joue un rôle considérable dans les rétrécissements cicatriciels de l'œsophage. Un enfant de sept ans, atteint de rétrécissement œsophagien par brûlure, mourait de faim et de soif sans pouvoir avaler sa salive ni

une goutte d'eau. La gastrostomie permit d'alimenter cet enfant et dès le soir même il avalait du lait.

La dilatation ultérieure de son œsophage fut pratiquée et traversée par un incident qui faillit lui coûter la vie et doit mettre en garde contre les dilatatations trop rapides. A la suite d'une séance où l'œsophage avait saigné, il survint une fièvre vive avec gonflement considérable du cou et du creux sus-claviculaire gauche. La résolution de ces accidents put être obtenue.

R. Blondel.

Traitement chirurgical de l'ascite d'origine cirrhotique, par le Dr F. Villar (de Bordeaux) (*Congrès français de chirurgie*, 1904). — L'auteur est intervenu quatre fois dans des cas d'ascite cirrhotique : trois fois par la voie abdominale, une fois par la voie vaginale.

Sa première opération a été pratiquée par le procédé de Talma : guérison complète, maintenue depuis plus de trois ans ; deuxième opération, procédé de Talma également : le malade a été perdu de vue ; troisième opération, par le procédé de Schiassi : bon résultat immédiat, mort au bout de vingt jours.

L'intervention par voie vaginale n'a donné aucun résultat.

Villar pense, comme d'autres chirurgiens, que les bons effets obtenus dans quelques cas par l'omento-fixation doivent être dus surtout à l'action de la laparotomie exploratrice.

R. Blondel.

Maladies des Voies digestives

Dr Soupault

Médecin des hôpitaux

Sur le traitement rationnel des troubles gastriques, par Langdon Brown (*The Practitionner*, octobre 1904). — Avant d'aborder la question thérapeutique, l'auteur rappelle d'abord des notions nouvelles de physiologie relatives au facteur nerveux et au facteur chimique de la digestion gastrique. Le premier a trait à l'expérience du repas fictif imaginée par Paulow et à la provocation directe de la sécrétion gastrique par la vue des aliments. Parmi les substances qui stimulent la sécrétion gastrique, l'auteur cite l'extrait de viande. L'eau est un stimulant sûr, mais faible, le lait et la gélatine ont un effet léger, l'albumine, la peptone, l'amidon, le sucre, le sel marin n'ont aucun effet. Les corps gras et le bicarbonate de soude retardent l'apparition de la sécrétion. Le pain ou le blanc d'œuf resteront dans l'estomac sans le moindre travail digestif, si la sécrétion du suc gastrique n'est pas provoquée par l'appétit, mais l'addition d'extrait de viande activera le processus digestif qui se poursuivra d'une façon satisfaisante.

Les protéides végétaux exigent plus de ferment digestif que les protéides d'origine animale. Enfin l'acide chlorhydrique agit sur la prosécrétine en réserve dans la muqueuse intestinale pour former la sécrétine qui est un stimulant de la sécrétion pancréatique. La digestion pancréatique ne peut donc pas se faire convenablement sans sécrétion d'acide.

Déductions pratiques. — Le facteur nerveux dans la digestion gastrique explique cet adage que la faim est le meilleur assaisonnement ; un régime trop sévère quoique édifié sur des données très exactes de chimie physiologique sera désagréable, amènera de l'anorexie, malgré le bien qu'on en peut attendre. Ici Andrew Clark défendait le potage à ses malades sous prétexte qu'il dilue le suc gastrique et retarde la digestion. Mais la sécrétion gastrique n'existe pas encore à ce moment et d'un autre côté l'extrait de viande est un excellent stimulant de la sécrétion gastrique, enfin l'ingestion d'un liquide chaud détermine une vasodilatation gastrique favorable à la sécrétion gastrique. Les extraits de viande trouvent leur place ici comme stimulants et permettent au malade de supporter un régime déterminé, mais ils n'ont aucune valeur nutritive. D'autre part comme les extraits excitent la sécrétion chlorhydrique, ils sont nettement contre-indiqués dans l'hyperchlorhydrie.

L'alcool dilué peut aider à la digestion de quatre façons : en stimulant l'appétit, en excitant la sécrétion gastrique, en excitant les mouvements péristaltiques de l'estomac, en provoquant l'absorption par l'estomac. Au contraire l'excès d'alcool retarde nettement la digestion et les solutions fortes sont irritantes. La viande réclame près de quatre fois moins de pepsine pour être digérée que le pain. La viande doit être peu cuite pour être plus facilement attaquée et laisser moins de résidus. C'est pour cette raison qu'elle est utile dans les cas d'ulcération du gros intestin. Quant aux amers ils ne seraient utiles en tant qu'excitants de la sécrétion gastrique que parce qu'ils agissent sur le sens du goût.

Les alcalins sont utiles dans l'ulcère gastrique où la sécrétion d'acide est excessive et prolongée. Mais l'action des alcalins n'est pas suffisamment connue, bien que Paulow prétende qu'ils arrêtent à la fois la sécrétion gastrique et la sécrétion pancréatique. L'action dissol-

vante des alcalins sur la mucine fait qu'ils sont indiqués dans les dyspepsies catarrhales.

L'acide chlorhydrique est non seulement essentiel à l'action de la pepsine et à la sécrétion pancréatique, mais c'est aussi un antiseptique qui aide encore à l'hydrolyse des hydrates de carbone fermentescibles. On sait aussi que dans la gastrite, la sécrétion pepsique s'arrête longtemps avant la sécrétion chlorhydrique. Dans les états asthéniques la sécrétion gastrique s'arrête assez rapidement; l'emploi de l'acide chlorhydrique sera alors rationnel après les repas.

L. Jumon.

Traitement de la gastroptose, par E. Corbett (*Medical age*, 25 septembre 1904). — L'auteur après avoir donné un aperçu étiologique et symptomatique de la maladie, aborde le traitement non chirurgical. Ce traitement est d'abord prophylactique. Le médecin doit attirer l'attention sur les effets nocifs d'une constriction trop forte de la taille par les ceintures, etc. Les vêtements et les ceintures doivent être supportés, autant que possible, par les épaules. On doit prévenir le relâchement des muscles abdominaux par l'application de bandages, après l'accouchement et les opérations abdominales. Ces bandages doivent être portés pendant plusieurs mois; le massage, l'électricité et les bains froids contribuent à accroître la tonicité des muscles de l'abdomen.

Hemmeter recommande deux méthodes très efficaces, de fortifier les muscles abdominaux par les exercices gymnastiques abdominaux; en voici une courte description:

Le patient se place sur un lit ou une couverture étendue sur le plancher, vêtu simplement de ses vêtements de dessous; les mains sont placées sur les côtés. L'exercice commence par un lent mouvement d'élévation des membres à la position verticale, en les maintenant dans cette attitude durant trente secondes, puis en les replaçant très lentement dans la position horizontale du repos. Le secret de cette manœuvre est dans sa lente exécution; le patient peut sentir en plaçant sa main sur sa paroi abdominale la rigidité qui se produit pendant qu'il éleve ses membres inférieurs. Cet exercice doit être répété dix fois.

Le second exercice doit être pratiqué de la façon suivante:

Le patient se place à plat sur une couverture, étendue sur le plancher, les pieds allongés sous un bureau ou quelque objet pesant; les deux mains sont placées sur les côtés. Le patient doit alors relever lentement le tronc dans l'altitude verticale, et lorsque ce mouvement est exécuté, le tronc doit ensuite être replacé dans sa position sur le plancher.

Ces deux exercices sont absolument semblables. Dans le premier cas c'est le tronc qui est fixe et les membres inférieurs sont lentement relevés, puis abaissés, dans le second cas les membres inférieurs sont fixes, c'est le tronc qui est élevé et abaissé. Ces exercices doivent être pratiqués systématiquement et avec méthode dix fois matin et soir.

Il faut éviter un amaigrissement rapide, surtout les femmes qui désirent devenir minces. Le traitement mécanique consiste dans l'application d'un bandage abdominal approprié qui doit s'appuyer sur la crête de l'os iliaque, la symphyse pubienne et la colonne vertébrale.

Rose a recommandé l'application de bandes de sparadrap laissées en place durant plusieurs semaines. Les corsets permis sont ceux qui ne compriment pas la taille et qui sont disposés de telle sorte que ce sont les épaules qui supportent les jupes. Le corset droit en avant doit être recommandé comme donnant un appui de bas en haut à l'abdomen.

S'il y a des symptômes d'atonie et d'insuffisance motrice, on fera des lavages afin de ramener la tonicité de l'estomac. Le régime doit être nourrissant et adapté à l'état des fonctions gastriques. Les malades s'étendront après le repas.

La constipation sera combattue suivant les indications.

L. Jumon.

Traitement des affections calculeuses du foie, par J. Decker (*Munchen. med. Woch.*, 27 septembre 1904). — Deux questions médico-chirurgicales ont depuis quelques années excité l'intérêt des discussions: celle de l'appendicite et celle des affections calculeuses du foie. L'intervention de la chirurgie n'a cependant pas été jugée aussi favorablement dans le second cas que dans le premier. La lithiase biliaire est extrêmement fréquente, à l'Institut pathologique de Munich on a constaté des affections calculeuses du foie dans 10,6 0/0 des autopsies, mais ce n'est que le petit nombre qui éprouve des troubles sérieux, 5 0/0 d'après Kehr, tandis que les 95 0/0 restants ignorent leur maladie. Après avoir consacré une partie de son travail à l'étiologie et à la symptomalogie de la maladie, Decker rappelle les indications opératoires. Les complications qui exigent l'opération, sont: l'empyème de la vésicule, l'angiocholite suppurative et l'abcès du foie, les complications provoquées par les adhérences de la vésicule avec les organes voisins, l'occlusion chronique du cholédoque, les coliques

sans résultat qui s'accompagnent de l'aggravation de l'état général.

L'opération est souvent, mais non toujours indiquée dans les cas suivants : perforation des voies biliaires, hydropisie de la vésicule, cholécystite aiguë grave.

Les affections suivantes exigent le traitement interne : la cholécystite aiguë légère, les coliques suivies de l'expulsion des calculs, l'occlusion aiguë du cholédoque.

Mais il ne s'agit là que d'indications générales, il faut tenir compte d'abord de l'état général et du pouls. Les circonstances dans chaque cas peuvent devenir une indication d'opérer.

Le traitement peut d'abord être prophylactique et donnera ici des résultats d'autant meilleurs qu'on connaîtra mieux les causes de la lithiase biliaire. Pour prévenir la stase, il faut placer en première ligne la gymnastique mécanique : les sports, l'exercice du cheval, la rame, la natation, le patinage, le lawn-tennis et les ascensions; la gymnastique de chambre et la gymnastique suédoise, surtout les exercices qui agissent sur la circulation abdominale, le massage manuel de l'abdomen et les respirations profondes; vêtements appropriés, suppression de la constriction de la taille par le corset et les ceintures.

Vient ensuite le traitement diététique. Aujourd'hui ou permet aux lithiasiques des repas fréquents et assez substantiels, parce qu'il est plus facile d'empêcher la stase en stimulant la sécrétion biliaire par une alimentation copieuse. Le régime doit être mixte, on doit éviter les épices, les aliments gras de digestion difficile et de grandes quantités d'alcool.

Comme traitement médicamenteux on a recommandé les remèdes les plus divers pour dissoudre et chasser les calculs, mais aucun d'eux n'a tenu ce qu'il a promis. On peut citer le remède de Durande, l'huile d'olives, l'eunatrol, la glycérine, la cholysine, le cholagène. On obtient cependant quelques succès de temps à autre, en tout cas on ne doit les employer que dans les cas légers, non compliqués de lithiase biliaire, surtout dans la cholécystite légère, dans les coliques hépatiques et même dans l'occlusion aiguë du cholédoque.

Mais l'action de ces médicaments est plus ou moins problématique, il n'en est plus de même de l'action de l'eau de Carlsbad, surtout des sources thermales, bien qu'il ne soit pas facile de savoir si leur action favorable tient à une sécrétion biliaire plus active, à l'élimination des calculs ou à la suppression de la stase du foie et du système porte. Pour obtenir une action énergique, le patient doit boire, d'après Decker, entre 6 et 8 verres par jour des sources chaudes. Le traitement peut être institué à domicile. En ce cas voici les prescriptions de Decker : Le patient boit par gorgées le matin 3 verres d'eau de Carlsbad chaude, fait ensuite de la gymnastique de chambre et 30 à 50 respirations profondes. Un lavement d'eau chaude avec ou sans addition de sel de Carlsbad. Il déjeune ensuite : lait, pain, beurre, 2 œufs ou viande froide. Le patient se couche ensuite et fait pendant 2 ou 3 heures des applications chaudes sur la région du foie et prend alors un bain à 34° R. Second déjeuner composé de pain, beurre, viande froide. Trois quarts d'heures avant le déjeuner de midi et le dîner, il prend un à deux verres d'eau de Carlsbad, et le soir fait encore des applications chaudes durant une heure et 30 à 50 respirations profondes. Ce traitement est suivi pendant 3 ou 4 semaines, et recommencé au bout de six mois ou un an, s'il n'est survenu aucune crise.

L. Jumon.

Appareil pulmonaire
Cœur et Vaisseaux

Dr G. Lyon

Ex-chef de clinique à la Faculté de Médecine

Quelques remarques sur le traitement des lésions cardiaques, par John Hill Abram (*The Lancet*, 6 août 1904). — L'auteur, d'après un chiffre de 81 cas de cardiapathies qu'il a eu à soigner, fait ressortir la prépondérance des lésions mitrales et l'importance du rhumatisme dans l'étiologie. Le traitement variera suivant l'état de la compensation. Un premier groupe de cas comprend ceux dans lesquels la compensation de la lésion est parfaite. Ici les malades doivent être mis en garde contre tout surmenage intellectuel ou mental. On recommandera beaucoup de modération dans l'usage de l'alcool et du tabac. On veillera aux prescriptions d'hygiène générale et de régime. Même à cette période il peut y avoir risque d'hémoptysie ou d'embolie. S'il survient des hémoptysies, on donnera un purgatif et une certaine dose d'opium. Chez la femme, les lésions aortiques constituent un obstacle au mariage. Les femmes atteintes d'insuffisance mitrale bien compensée ont souvent une grossesse heureuse; dans les cas de rétrécissement, il survient des symptômes graves et notamment des accès de tachycardie ou de l'œdème aigu du poumon. On doit déconseiller le mariage dans les cas de sténose mitrale.

La deuxième catégorie de cas comprend ceux dans lesquels la compensation n'existe que si le malade est au repos. Dans les cas aortiques avec frémissement vibratoire des vaisssaux du cou, céphalalgie et vertiges, le meilleur traitement consiste à faire mettre les malades au lit, à restreindre la quantité des boissons, à régler le régime et à donner de légères purgations. Les bromures et le fer apportent souvent du soulagement. Les toniques généraux et de petites doses de teinture de digitale permettront de faire rentrer les malades de cette catégorie dans la précédente. Dans la troisième catégorie, il y a rupture complète de la compensation. La diminution des boissons rend souvent de grands services. Les purgations ont d'heureux effets.

Dans les cas aortiques, il peut y avoir de l'excitation maniaque ou de l'agitation ; ici, le sulfonal, le trional et la paraldéhyde suffiront quelquefois, mais l'opium aura une action plus certaine. Lorsque l'engorgement du foie est bien marqué, on pourra prescrire avec avantage des pilules contenant de la scille, de la digitale et du mercure. Dans les cas aortiques avec épaississement des artères et accroissement de tension du pouls radial, le meilleur moyen de traitement consistera à restreindre les boissons, à donner des laxatifs et des diurétiques rénaux. Parmi les toniques cardiaques, l'auteur préfère le strophantus. Dans les cas où la tension du pouls est faible, la digitale est indiquée et il ne faut pas hésiter à la donner dans un cas aortique lorsque la valvule mitrale a cédé.

L. Jumon.

Traitement du facteur musculaire dans les maladies du cœur, par Alexander Morison (*Edinburgh med. J.*, octobre 1904). — Parmi les agents qui agissent sur la fibre cardiaque même, l'auteur étudie le groupe de la digitale et le strophantus, bien qu'on ait encore employé à ce titre la convallaria, le cactus et l'ergot.

Le strophantus a des qualités qui le rendent très utile lorsqu'on l'associe à l'emploi de la digitale. Il agit plus rapidement sur le cœur que la digitale, il a moins d'action vasonconstrictive sur les vaisseaux périphériques, il est moins irritant pour l'intestin et n'a pas d'action d'accumulation. Les principes actifs des feuilles de digitale sont constitués par quatre glucosides, de solubilité et d'action variables : la digitaline, la digitaléine, la digitoxine et la digitonine. Ces glycosides ne sont pas tous contenus dans les préparations variées employées. Tandis que la digitaléine est soluble dans l'eau, ni la digitaline ni la digitoxine ne sont solubles, mais sont contenues dans la teinture ou les préparations spéciales comme celles d'Homolle et de Nativelle.

Ce groupe nous fournit les moyens d'agir sur le cœur et la circulation en angmentant le pouvoir de la systole, en réduisant le nombre des battements du cœur, et en améliorant le tonus vasculaire.

D'un autre côté, on possède dans les nitrites des agents qui agissent sur le cœur et les vaisseaux en accélérant et en abaissant la force cardiaque, en augmentant le calibre et en diminuant la contractilité des vaisseaux. On accepte, en général, que les nitrites agissent surtout sur les éléments musculaires de la circulation. Entre le groupe digitalique et les nitrites se trouve le groupe de la belladone avec le stramonium et la jusquiame.

Mais ces agents agissent sur la fonction cardiaque par l'intermédiaire du système nerveux à la façon de la strychnine.

Les troubles circulatoires qui ont résisté à la digitale et aux autres agents peuvent céder aux mêmes médicaments lorsqu'on les associe aux mercuriaux. Les pilules de Baillie composées de poudre de digitale, de scille, de jusquiame et de pilules bleues agissent souvent d'une façon merveilleuse dans beaucoup de lésions cardiaques. Ces pilules sont particulièrement utiles dans l'artériosclérose avec arythmie cardiaque temporaire ou permanente, et chez les malades dont les reins sont sains, sauf lorsqu'il y a de l'albuminurie par trouble circulatoire.

Les indications de tous ces médicaments sont, non seulement de soulager l'organe de la quantité de sang qui s'accumule dans les cavités en amont du ventricule gauche, mais d'agir sur les parois, de manière à rétablir l'excitabilité de la fibre cardiaque. Le myocarde peut être dégénéré de telle sorte que sa régénération est impossible, mais même dans ces cas, il reste des fibres relativement saines qui peuvent répondre à l'action pharmaceutique. Néanmoins, il faut user de la digitale dans ces cas à petites doses qu'on augmentera peu à peu sans dépasser les limites très modérées. Enfin, il faut exercer et fortifier certains muscles volontaires qui peuvent être auxiliaires de la fonction cardiaque, tels sont ceux qui agissent dans le mécanisme respiratoire. La paroi abdominale doit être également l'objet de certains soins, notamment dans l'ascite après la ponction, qui aura des chances de ne pas se reproduire que si l'on applique un bandage de corps très serré.

L. Jumon.

Ophtalmologie.

Dr Darier

Ancien Président de la Société d'ophtalmologie

La syphilis oculaire et son traitement, par le Dr X. Galezowski (*Rev. d'oph.*, septembre 1904). — On frictionne depuis longtemps, en effet, et la méthode est des plus anciennes, mais, c'est la façon de faire les frictions, et la durée même du traitement qui constitue la partie nouvelle que G... prétend avoir introduite en thérapeutique, il repousse d'abord tout à fait les doses élevées de 8 à 10 grammes de mercure préconisées par certains praticiens, il ne dépasse jamais 2 grammes, et, selon l'âge et la constitution de l'individu, il réduit cette dose à 1 gramme et même à 0 gr. 50, d'onguent napolitain qu'on trouve dans toutes les pharmacies. Mais le dosage de cette pommade et sa facilité d'absorption sont suspects. Afin de mettre les malades dans les mêmes conditions de guérison, G... fait préparer des capsules d'hydrargyrine (onguent à base de lanoline), facilement absorbable et bien dosée; il a ainsi obtenu une plus grande continuité dans les résultats de sa thérapeutique, et surtout la disparition de certains accidents buccaux qui, chez des individus soigneux, ne pouvaient être dûs qu'à un mauvais dosage du médicament.

La friction doit être faite de la façon suivante : la région où la pommade doit être appliquée sera préalablement lavée au savon et à l'eau tiède. On obtient ainsi un véritable décapage de la peau dont le pouvoir d'absorption est porté à son maximum. Cette précaution est indispensable, il ne faut pas oublier de l'indiquer aux malades. La pommade est ensuite placée sur la région lavée; avec les ampoules, cela est facile, puisqu'il suffit de presser la capsule pour en faire sortir la substance médicamenteuse. La friction est faite ensuite pendant quelques minutes; quatre à cinq minutes au moins sont nécessaires jusqu'à ce que la peau soit devenue presque sèche. Il y a là une action mécanique absolument indispensable et dont la répétition doit être assez longue pour obtenir l'absorption médicamenteuse. La friction terminée, la pommade doit rester en place toute la nuit. Le membre ou la région sera donc enveloppé avec une bande afin d'éviter de salir le linge et, le lendemain, un savonnage fera disparaître toute trace de pommade.

Il est facile de comprendre qu'il importe de varier la région où doit être faite la friction. La pommade, en effet, est irritante et détermine de l'eczéma, des ulcérations cutanées qu'il faut éviter. Chaque jour donc, on fera la friction sur une nouvelle partie du corps. Le 1er jour : jour : tempe, front, nuque droite; 2e jour, aisselle droite; 3e jour, coude droit; 4e jour, flanc droit; 5e jour, haut de la cuisse droite; 6e jour, creux poplité; 7e jour, face interne de la jambe droite; 8e jour, plante du pied droit. Les mêmes frictions seront faites du côté gauche. Cette alternance de huit jours suffit pour éviter les ulcérations cutanées et permettre à la peau de reprendre sa souplesse et son aspect normal.

Le modus faciendi étant déterminé, il reste à déterminer la durée de ce traitement. Elle est assez longue en général, car les choroïdites syphilitiques ne cèdent qu'à un traitement suivi et persistant.

L'organisme doit être imprégné de mercure, et il faut de nombreuses frictions pour obtenir cet état.

Le traitement sera continué ainsi pendant deux ans. On procédera de la façon suivante : dix jours de frictions, puis cinq jours de repos; après quarante frictions on pourra mettre dix jours d'intervalle, quinze jours au plus, il faut recommander aux malades de ne jamais suspendre le traitement pendant plus de trois semaines. L'élimination du mercure, en effet, se fait rapidement et il ne faut pas cesser l'imprégnation si l'on veut obtenir de bons résultats, il ne faut donc pas prescrire l'iodure de potassium. Ce corps élimine le mercure introduit dans l'organisme et en empêche les effets salutaires. Les recherches comparatives entreprises sur les sujets soignés les uns sans iodure et les autres avec iodure, en analysant les urines, ont confirmé cette manière de voir, que l'iodure non seulement est inutile, mais même nuisible dans le traitement des affections oculaires syphilitiques.

Le traitement ainsi réglé avec ces alternances régulières ne doit pas fatiguer le malade. La bouche du sujet devra d'abord être visitée par le dentiste et mise en état de résistance. Il est établi aujourd'hui, en effet, que si les stomatites graves qu'on voyait jadis à la suite du traitement mercuriel sont rares, c'est que les soins hygiéniques de la bouche sont plus répandus. La meilleure façon donc d'éviter ces accidents buccaux, c'est d'adresser les malades au dentiste.

On prescrira cependant des gargarismes trois fois par jour avec une solution chloratée. Chez les femmes, les frictions seront interrompues au moment de la menstruation, mais continuées un peu plus longtemps pour compenser cette perte de temps.

En résumé : 1° la syphylis atteint souvent les membranes profondes de l'œil et en particulier la choroïde; 2° ces accidents ne peuvent disparaître qu'à la suite d'un traitement prolongé par les frictions; 3° ces frictions seront faites pendant deux ans avec les intervalles indiqués; 4° l'iodure de potassium ne doit pas être employé en même temps que le mercure.

A. Darier.

Névrite optique. Cécité imminente. Guérison par les injections de calomel, par Jullien (*Journal des mal. cutanées*, juillet 1904). — Observation d'un malade atteint de névrite optique spécifique, qui avait été soumis depuis de longs mois à diverses injections solubles réputées efficaces, et même aux injections insolubles de salicylate d'hydrargyre; la maladie n'avait fait que s'aggraver. Il a suffi de 1 gr. 45 de calomel en 29 injections pour l'arracher à la cécité et lui permettre de reprendre l'exercice de sa profession.

E. Vogt.

Le traitement des accidents infectieux après l'opération de cataracte, par le Dr A. Bourgeois (Reims.) (*La clinique ophtalmologique*, 10 octobre 1904). — On admet deux sortes d'accidents septiques : Ceux qui débutent par la cornée apparaissent dans les vingt quatre heures qui suivent l'opération ; ce sont les plus graves. Ceux qui naissent dans le tractus uvéal se montrent du cinquième au huitième jour, ils sont moins graves, peuvent guérir, mais aboutiraient à la perte de l'œil, si un traitement approprié ne venait les enrayer. De toutes façons, le chirurgien doit être très attentif, et il ne peut l'être que s'il a son malade sous la main.

L'agent infectieux est apparemment le même dans tous les cas, avec virulence variable, d'après le nombre des colonies et suivant la nature du terrain.

La seule thérapeutique active est la méthode des injections sous-conjonctivales de sublimé, mieux encore de cyanure de mercure. Il y a quelques années, lorsque cette méthode efficace fit son apparition. L'A. avait employé timidement contre la panophtalmie quelques gouttes de solution au millième, comme d'autres l'ont fait, et cela sans aucun résultat. Réfléchissant que l'œil était gravement atteint, perdu même, et qu'on ne risquerait rien à être audacieux, il s'est décidé à faire un généreux emploi de ces injections (au moins un 1/2 cc.) de solution de Cu Hg 1/1000, quatre gouttes de solution de cocaïne à 1/20. Un aide écarte les paupières. Le malade porte le regard en dedans. Avec une pince à fixer, à dents usées et sans ressort, on saisit un bon pli de la conjonctive près du canthus externe. Dans ce pli, on enfonce l'aiguille à une profondeur d'un centimètre et demi, jusqu'à la rencontre de la paroi externe de l'orbite. Puis l'aiguille est ramenée vers le globe oculaire, et l'on pousse le piston de la seringue avec douceur, en faisant varier l'emplacement de l'aiguille, en haut et en bas.

L'injection ainsi pratiquée n'est pas très douloureuse, grâce à la cocaïne Si l'on a affaire à un cas grave, la première injection (1/2 cmc) ayant été faite le matin, une deuxième injection semblable doit être pratiquée le soir. Dans les cas de moindre gravité, quatre ou cinq injections en tout arrêtent la marche de l'infection. Dans les cas les plus graves, il faut aller jusqu'à sept ou huit injections. Le chémosis produit est considérable.

Mais, dès que l'infection est enrayée, les douleurs caractéristiques, que le malade localise plus encore autour de son œil et au sommet de la tête que dans son œil même, sont apaisées, et c'est cet apaisement des douleurs qui indique que les injection peuvent être suspendues. Le chémosis, par lui-même, détermine une grande gêne, mais point de douleurs qui puissent être confondues avec celles émanant du processus infectieux. Dans cette lutte acharnée, il ne faut pas trop se laisser arrêter par les plaintes du patient. S'il ne peut supporter ses souffrances, on peut les prévenir ou les calmer par des injections sous-cutanées de dionine à la tempe.

Le traitement est complété par des instillations d'atropine, au besoin par des frictions mercurielles belladonées périorbitaires, médication classique sur laquelle il n'y a pas lieu de s'étendre ici. Le traitement de la plaie cornéenne comporte la galvano-cautérisation, et mieux encore le curetage. Pansement avec iodoforme, aristol et surtout airol, largement dispensés. Renouveler le pansement au moins deux fois par jour.

Traitement général : alimentation légère, régime lacté, purgatifs, et, s'il y a lieu, antipyrétiques (sulfate de quinine, antipyrine, etc.)

A. Darier.

L'aspirine dans les blessures de la cornée, par le Dr Juan Alanso (*La Medicina Valenciana*, février 1904). — Ce médicament à bases d'acides acétique et salicylique s'emploie pour le traitement des plaies traumatiques infectées de la cornée avec iritis concomitantes et dans les cystites et choroïdites s'observant sur des ma-

lades qui ne présentaient aucun antécédent rhumatismal dans leur histoire et qui souffraient des fortes douleurs. Non seulement le médicament calme la douleur, mais encore l'injection conjonctivale disparaît, en même temps que la plaie cornéenne se cicatrise sans qu'on ait besoin d'appliquer un traitement local.

L'aspirine s'administre à la dose de 2 grammes par jour en cachets de 0 gr. 25.

F. Berini.

Effets nocifs des éclairages modernes et protection de l'œil, par Arnold Staehle (*Archiv. für Augenheilkunde*, 1904). — Les différentes radiations (infra-rouges, lumineuses et ultraviolettes) sont comparées d'après leur action sur une plaque photographique Lumière avec des temps de pose, de révélation et de tirage constants. Si on fait la part de l'absorption des radiations rapides (ou courtes) par les membranes ou milieux de l'œil, en constate combien elle varie suivant les individus.

L'expérimentation sur les lapins (Widmark, de Chardonnet, Masseurt), les observations cliniques (opérés de cataracte, éblouissement électrique, solaire, coup de foudre) permettent de connaître les lésions consécutives (érythème, trouble des milieux, cataracte, choriorétinite). Le pourpre rétinien, plus ou moins protégé par le pigment, est plus ou moins détruit par les diverses radiations : les ultraviolettes sont les plus nuisibles.

L'auteur peut alors présenter à l'aide de photographies des spectres des différentes lumières usitées actuellement (pétrole, gaz, bec Auer, soleil, acétylène, lampe à incandescence), une échelle de leur valeur en rayons nuisibles, puisque leurs dangers sont proportionnels à leur activité chimique sur le chlorure d'argent.

Dans une seconde partie, il a tenté d'étudier la valeur des différents verres comme absorbants de ces radiations nocives : l'existence des secrets de composition des pâtes ne lui a pas permis d'aller loin.

Dans une troisième partie, il a retrouvé l'efficacité décrite par Fieuzal, puis van Genderenstort, que possède le verre jaune contre ces rayons ultra-violets. L'éclairage est beaucoup moins diminué que par les verres fumés, et l'absorption des radiations courtes est beaucoup plus considérable aussi que celle produite par le verre bleu.

A. Darier.

Les ophtalmies dans l'île de Cuba. — Conjonctivite catarrhale, ophtalmie purulente, trachome, conjonctivite, diphtéritique, par le Dr J. Hernandes (La Havane) (*Anales d'oftal. hispano American*, juin 1904). — Le terme ophtalmie désignait autrefois toutes les maladies des yeux ; aujourd'hui on ne l'applique qu'aux conjonctivites. L'hygiène a pour but la prophylaxie qui implique toute une série de moyens destinés à éviter l'apparition et la propagation des affections oculaires. Les nations puissantes comme la Russie ont des équipes d'oculistes qui parcourent les régions envahies par les affections oculaires.

Conjonctivite catarrhale. — L'injection conjonctivale et la sécrétion de la muqueuse caractéristiques du catarrhe succèdent au moindre refroidissement, à la moindre irritation ou à toute autre cause. Un petit corps étranger peut l'amener, tel un petit grain de charbon qui peut devenir la cause d'une conjonctivite catarrhale ou d'une autre infection, d'un trachome, d'une kératite. L'exposition des yeux à l'action de poussières irritantes est encore une des causes de catarrhe. L'auteur signale encore les accidents oculaires provoqués par le suc d'une plante appelée Cardon (euphorbe des anciens).

La *Ceguera*, sous ce nom on désigne vulgairement à Cuba une conjonctivite aiguë qui apparaît dans les campagnes ou dans les petits villages et qui atteint également les adultes et les enfants, de préférence ces derniers. Quelquefois la conjonctivite catarrhale se complique d'ophtalmie purulente par la présence du gonoccoque, grâce à cette déplorable habitude que l'on a de se laver les yeux avec de l'urine humaine. L'examen des sécrétions purulentes a démontre l'existence du bacille de Wecks dans certains cas, du diplo-bacille de Morax dans d'autres. La connaissance du germe qui la produit n'est pas indispensable pour établir la prophylaxie. La Ceguera, en général épidémique, attaque de préférence les enfants ; elle peut être légère, sans complication : mais le plus souvent elle est très pénible soit par la photophobie, soit par la démangeaison insupportable le soir ou pendant la nuit. La Ceguera est contagieuse et son agent propagateur est une petite mouche, appelée dans le vulgaire, en langue indienne, Guasasa, qui voltige autour de la figure des malades, touche de ses pattes l'élément de la contagion et le porte aux individus sains. Laffergue et Baudry admettent ce mode de transmission pour le trachome. La guasasa est très abondante à certaines époques et sa persistance à se diriger vers les yeux humides de certaines personnes cause un véritable tourment. C'est le sulfate de zinc qui est le médicament par excellence.

A. Darier.

Maladies vénériennes
Maladies de la Peau

Dr MOREL-LAVALLÉE

Médecin des Hôpitaux.

La radiothérapie appliquée aux dermatoses prurigineuses, par BELOT (*Arch. d'électricité médicale*, 25 octobre 1901). — *Prurit sine materia.* — Un effet indiscutable des applications radiothérapiques sur les régions prurigineuses est la diminution rapide du prurit et même sa cessation complète.

Dans un cas de prurit *sine materia* de la région lombaire, sur lequel ni les applications électriques statiques, ni les effluves de haute fréquence n'avaient donné d'amélioration notable, l'auteur a pu obtenir la diminution de la douleur, et même sa cessation presque complète à la suite de quelques séances de radiothérapie.

Dans les cas de prurit scrotal, il faut agir avec beaucoup de prudence, car on pourrait redouter les effets nocifs des rayons X, se manifestant par de la nécrospermie. En prenant quelques précautions d'ordre technique, on parvient toutefois à atténuer le prurit au bout de deux ou trois jours, et à le faire cesser complètement après dix ou quinze jours; souvent la récidive se produit au bout d'un à deux mois, mais quelques applications en ont de nouveau facilement raison. Enfin, il y a quelques insuccès, dont on ne peut connaître la cause et que l'on ne peut prévoir.

Prurit avec lichénification. — Les résultats obtenus dans le traitement des prurits avec lichénification, des névrodermites circonscrites de Brocq, sont absolument probants. Ils sont d'autant plus intéressants que la plupart des malades souffraient depuis longtemps de cette affection et n'avaient pu être soulagés par aucune méthode thérapeutique, ni par les effluves de haute fréquence, ni même par les scarifications linéaires quadrillées.

Quelquefois une seule séance est suffisante, souvent il faut faire, au bout d'une quinzaine de jours, une seconde application analogue à la précédente, parfois une troisième, rarement une quatrième.

Sur presque tous les malades traités, l'auteur a obtenu une amélioration notable. Plus de la moitié des plaques traitées ont été complètement guéries. Quelques-unes ont récidivé, mais c'est là l'exception.

Prurigo. — Dans un cas datant de plus de deux ans, qui n'avait été amélioré ni par les pommades ni par un régime sévère, une seule application a été suffisante.

Dès les premiers premiers jours qui ont suivi l'irradiation, le prurit a totalement disparu. L'érythème préexistant s'est accentué, le suintement a été plus abondant pendant quelques jours, puis la peau a desquamé, les excoriations ont disparu et la peau a repris son aspect normal: c'est à peine si elle a conservé temporairement une coloration un peu plus foncée.

Lichen ruber planus, lichen corné. — Dans un cas, un côté fut traité par la radiothérapie, l'autre par les topiques; les démangeaisons cessèrent rapidement sur le côté irradié; les papules de lichen s'atténuèrent et finirent par disparaître; une séance fut suffisante sur la plupart des éléments; sur quelques-uns, on dut, au bout de quelques jours, faire une nouvelle application. L'amélioration a été beaucoup plus lente sur les régions traitées par les pommades, les démangeaisons ont subsisté assez longtemps et les papules ne régressèrent pas aussi rapidement.

Il faut prendre garde à la sensibilité de la peau, et bien savoir que certaines régions (la face interne des cuisses, les plis de flexion, etc.) sont plus sensibles à l'action des rayons X : c'est dire qu'en ces endroits, la dose absorbée devra être plus légère.

Dans deux cas de lichen plan confluent, géant, avec violentes démangeaisons, l'amélioration a été considérable. Ces malades souffraient depuis plusieurs années et leur état n'avait pu être amélioré par aucune médication. A la suite d'applications radiothérapiques, le prurit a été rapidement calmé, et la lésion a évolué vers la guérison. La plupart des régions traitées sont aujourd'hui presque complètement guéries. Mais les malades sont encore en traitement.

Eczéma. — L'auteur a obtenu par la radiothérapie quelques guérisons locales complètes de placards d'eczéma nummulaire typique. La plupart des malades sont encore en traitement, mais les éléments guéris n'ont pas récidivé. Il s'agissait surtout de placards d'eczéma suintant, peu enflammé. Il est certain que des irradiations modérées ont fait disparaître le prurit.

C'est dans ces cas chroniques, rebelles, récidivants que, judicieusement employée, la radiothérapie permettra d'obtenir de bons résultats.

L'auteur ne croit pas que son usage soit légitime dans les eczémas aigus en poussée, facilement irritables. Il faudra d'abord calmer l'irritation et essayer les autres méthodes.

E. VOGT.

Traitement des épithéliomes cutanés par les étincelles de haute fréquence, par L. Bordier (*Arch. d'électr. médicale*, 25 octobre 1904). — L'auteur décrit un dispositif qui donne des étincelles de 1 à 2 centimètres. On fait agir les étincelles sur toute la surface de l'épithéliome jusqu'à ce que l'on voie la coloration de celui-ci changer et commencer à blanchir, on arrête alors les étincelles, l'effet désiré est obtenu. Il n'y a plus qu'à conseiller au malade de tamponner la région avec un peu de coton imbibé avec une solution d'oxycyanure de mercure à 0 gr. 10 pour 200 grammes et à attendre qu'à la tumeur se soit substituée une peau nouvelle ne présentant souvent pas la moindre cicatrice.

La durée d'une séance est de 40 à 60 secondes; elle varie avec la puissance de l'appareil de haute fréquence employée.

La douleur est très légère : il n'y a que les premières étincelles qui produisent un effet sensitif un peu vif.

Les trois malades traités pour des épithéliomes variés par les étincelles de haute fréquence ont été guéris : l'auteur dispose en outre d'un grand nombre d'autres tumeurs cutanées qu'il a fait disparaître par ce même procédé : les verrues et les papillomes sont facilement détruits par les étincelles de haute fréquence : les avantages sont en faveur des étincelles et de beaucoup : 1° la douleur est moins vive; 2° la durée de la séance est beaucoup plus courte avec les étincelles; 3° la destruction de chaque petite tumeur est bien plus régulière; 4° la cicatrice est beaucoup moins visible qu'avec l'aiguille électrolytique.

En somme, l'emploi de la haute fréquence, dans tous ces cas, constitue un progrès énorme sur les procédés électrolytiques anciens, et l'auteur ne saurait trop conseiller de le subsiituer à ces derniers.

L'auteur, après une première séance, continue le traitement, dans les cas d'épithéliome, en se basant sur les résultats obtenus. Le nombre des séances et les intervalles qui les séparent peuvent par conséquent beaucoup varier.

E. Vogt.

Notes pratiques sur les onguents, leurs usages et leurs abus, par Duncan Buckley (*J. of the amer. med. ass.*, 20 août 1904). — L'auteur envisage les onguents sous plusieurs points de vue. C'est d'abord la matière qui leur sert de base. Cette matière ne doit pas être irritante, elle doit être d'une bonne consistance, et on ne doit jamais oublier la tendance qu'elle peut avoir à rancir rapidement. On se sert habituellement d'axonge et l'addition de 2 0/0 de benjoin prévient le rancissement. La cire et les huiles tendent à rancir. Les produits du pétrole sont très employés, mais la vaseline n'est pas acceptée par tout tégument. La lanoline convient rarement comme excipient seul. Le glycérolé d'amidon est souvent excellent dans les états d'irritation. La graisse de mouton incorporée avec de l'huile constitue une excellente pommade pour les peaux sèches, rudes. La base la plus convenable pour la plupart des pommades est le cold cream.

En ce qui concerne les principes actifs des onguents, l'addition d'acide phénique, d'ichthyol ou d'huile de cade a une grande valeur pour combattre le prurit. L'acide salicylique provoque la formation d'un épithélium normal. La pommade de Wilkinson contre la gale peut être encore améliorée par l'addition de goudron et de styrax. Dans la composition des onguents, il faut éviter d'y introduire des particules qui peuvent irriter la peau, les produits minéraux doivent être complètement pulvérisés dans un mortier avec un peu d'huile, de façon à en faire une pâte fine.

Au point de vue de la force des pommades, il est bien de commencer par des applications douces dont on augmente la force suivant les indications. Les pommades et onguents sont composés dans différents buts, leur action peut être lubréfiante, protectrice, adoucissante, astringente, absorbante, stimulante ou antiparasitaire.

Quant au mode d'application, lorsqu'un onguent est employé pour être absorbé, on en place sur la paume de la main et on oint largement la région en frictionnant matin et soir, jurqu'à ce que l'onguent soit absorbé. S'il s'agit d'une surface rugueuse, eczémateuse, l'onguent doit être étendu sur une pièce de pansement que l'on applique ensuite. Dans les affections parasitaires du cuir chevelu, il est souvent sage d'appliquer la pommade avec une brosse qui sert à frictionner énergiquement. Dans les plaques eczémateuses anciennes, on a souvent intérêt à appliquer les frictions avec les doigts. Dans les cas de prurit généralisé, il peut être nécessaire de faire des applications plusieurs fois par jour et même la nuit. Il est rarement indiqué de laver les surfaces qui sont rugueuses, mais la propreté nécessaire peut être assurée au moyen de tempons de coton absorbant.

Il y a des indications et des contre-indications pour l'usage des onguents. Dans quelques états inflammatoires aigus de la peau, les lotions et les poudres conviennent mieux que les pommades, tandis que dans la plupart des états chroniques avec peau rude et sèche, les pommades sont indiquées. Une simple plaque

d'éruption chronique réclame des applications d'une force beaucoup plus grande qu'un eruption aiguë ou généralisée. L'emploi presque général des pommades de zinc s'explique largement par leur innocuité relative.

L. Jumon.

Savons à l'extrait de malt (*Deutsche med.-Ztg.* 22 septembre 1904). — Sarason reproche aux savons surgras d'Unna de ne pouvoir se conserver longtemps : on ne saurait remplacer les corps gras par la lanoline, car elle ne donne pas naissance à des savons en présence d'alcalins. Les savons obtenus par voie centrifuge sont tout à fait neutres, mais, de même que les savons surgras, ils moussent mal et ne peuvent être utilisés en dermatologie avec satisfaction complète. Les savons présentant un excès d'alcali moussent en revanche facilement, mais irritent la peau.

L'auteur a pu reconnaître qu'on obtient, en ajoutant à un savon absolument neutre de l'extrait de malt, un savon moussant fort bien. L'auteur recommande une proportion de 10 0/0 : l'acidité normale de l'extrait de malt neutralise tout excès éventuel d'alcalinité de la masse.

Le savon ainsi préparé est extrêmement doux : les peaux les plus irritables le supportent aisément.

E. Vogt.

Maladies des Voies urinaires

Dr CHEVALIER

Chirurgien des hôpitaux

Ancien Chef de clinique de la Faculté.

Des procédés de dilatation électrolytique dans les rétrécissements de l'urètre, par Averseng (*Journ. de physiothérapie*, 15 septembre 1904). -- Dans le traitement actuel des rétrécissement de l'urètre deux procédés sont en présence : la dilatation progressive et l'électrolyse circulaire.

La dilatation électrolytique est caractérisée par l'emploi des faibles intensités électriques et l'usage d'instruments rigides de courbure analogue à celle des Béniqué.

On entend par faibles intensités des intensités insuffisantes pour faire sur la paroi des muqueuses non seulement des lésions de mortification, mais même des lésions hémorragiques. L'action électrolytique est fonction de l'intensité employée et du temps pendant lequel on la fait agir ; pour une même électrode, on obtient un même effet avec une intensité de 10 mA. agissant pendant 5 minutes (soit 3 coulombs) ou une intensité de 5 mA. pendant 10 minutes (3 soit coulombs). C'est donc par quantités d'électricité ou coulombs qu'il faut s'habituer à compter, et l'on saura que la dose d'électricité ne doit pas dépasser 1 coul. à 1,5 coul. par centimètre carré.

La dilatation électrolytique permet d'utiliser deux propriétés différentes du courant galvanique, d'en obtenir deux sortes d'effets thérapeutiques :

1° Un effet immédiat, contemporain du passage du courant et propre au pôle négatif, qui consiste dans l'augmentation de la dilatabilité du rétrécissement ; de sorte que, grâce à l'électrolyse, le canal de l'urètre admet un numéro de Béniqué notablement plus fort que celui qui passerait à frottement, sans action du courant.

2° Un effet médiat, dû à l'action du courant sur les tissus et aux phénomènes vaso-moteurs. Quelque temps après l'application électrolytique, il se fait un trouble profond dans la masse des tissus qui s'infiltrent et s'épaississent. Cette infiltration, qui a pour résultat immédiat de rétrécir le calibre du canal, disparaît peu à peu, se résorbe et laisse, au bout de huit jours en moyenne, le calibre du canal sensiblement augmenté. Cette perturbation dans la nutrition du canal de l'urètre se prolonge longtemps après l'interruption du traitement : elle détermine souvent la disparition des infiltrations inflammatoires ou scléreuses.

L'application de ces deux propriétés du courant galvanique a donné lieu à deux procédés : l'un recherche l'augmentation lente du calibre du canal et l'obtention des effets résolutifs, conditions de la guérison durable ; l'autre, la dilatation électrolytique rapide, a pour but d'obtenir le plus rapidement possible un canal de calibre suffisant en utilisant l'action immédiate dilatatrice du courant.

Le pôle négatif est seul employé, parce qu'il a seul les propriétés décrites ; le pôle positif, de grande dimension, est placé soit sur la cuisse, soit sous la fesse du malade.

1° *Procédé lent.* — On introduit dans le canal un numéro de Béniqué, qui le mette en tension légère, on relie le manche de l'instrument avec le pôle négatif de la pile et on fait passer le courant. Plus le numéro de Béniqué sera fort, plus la quantité d'électricité employée devra être grande. Mais pour obtenir la quantité désirable, on devra plutôt insister sur l'intensité que sur la durée, de façon à irriter le moins possible le canal de l'urètre.

On se contentera donc d'employer de 5 à 30 mA. pendant un temps qui n'excédera pas 5 minutes. Les séances seront pratiquées de huit jours en huit jours.

2° *Procédé rapide.* — Après une exploration minutieuse de l'urètre, l'opérateur note la bougie Béniqué la plus forte qu'admet le canal. Il introduit alors une bougie supérieure en moyenne de cinq numéros et la pousse contre le rétrécissement. Il fait passer un courant qui, suivant la grosseur et la quantité de bougie introduite varie de 5 à 30 mA. Le Béniqué, dont le bec est maintenu au contact du rétrécissement par une pression modérée, ne tarde pas à s'engager et à progresser lentement pour les rétrécissements longs et durs, rapidement pour les rétrécissements courts.

Trois Béniqué peuvent être introduits en une séance permettant ainsi un gain de 15 numéros en moyenne. Les séances sont terminées par une application électrolytique de peu de durée suivant la technique de la dilatation lente; elles sont espacées de huit jours en huit jours. Cette dilatation rapide donne des résultats très brillants entre des mains expérimentées, mais elle demande beaucoup de doigté et de prudence.

La dilatation électrolytique sera employée dans tous les cas où l'on emploie la dilatation simple. On en obtiendra deux avantages : une dilatation facilitée et pas irritante pour le malade et une guérison durable. D'autre part on compte un grand nombre de cas où la dilatation s'est montrée inefficace et où l'électrolyse a compté des succès: appliquée à des cas mauvais, compliqués d'urétrite et de périurétrite et lésés par plusieurs urétrotomies ou électrolyses linéaires, elle a permis d'obtenir toujours une dilatation plus facile, souvent une guérison complète.

Enfin, dans tous les cas où l'on se trouve en présence de rétrécissements serrés, compliqués ou non de cystite, pour lesquels la dilatation progressive n'est pas encore applicable et qui semblent relever de l'urétrotomie interne, on devra appliquer le procédé de dilatation électrolytique rapide qui permettra d'atteindre en une séance le calibre suffisant pour les soins nécessités par l'état de la vessie et le passage d'une sonde à demeure.

La dilatation électrolytique a toutes les indications de la dilatation simple et se montre supérieure à celle-ci ; ses indications propres sont plus étendues et restreignent le domaine des urétrotomies complémentaires dans bon nombre de rétrécissements larges et de l'urétrotomie interne dans la plupart des rétrécissements serrés d'origine hémorragique.

Elle a peu d'action sur les rétrécissements scléro-cicatriciels et traumatiques qui relèvent plus souvent des urétrotomies complémentaires ; mais elle retrouve son indications dans les dilatations consécutives.

L'urétrotomie interne sera réservée aux cas où la dilatation électrolytique aura échoué et à ceux où le rétrécissement constitue un obstacle à la guérison d'une affection aiguë des voies urinaires et où il est urgent de faire le drainage vésical du canal.

E. Vogt.

Contribution au traitement de la leucoplasie uréthrale, par H. Ludwig (*Munchener med. W.*, 27 septembre 1904). — On a aussi décrit cette affection sous le nom de psoriasis de l'urèthre. L'auteur en a observé trois cas chez d'anciens blennorrhagiques n'ayant absolument aucune tare syphilitique. Le siège de la lésion est la partie moyenne de l'urèthre jusqu'à la région du bulbe.

Le traitement dirigé contre la blennorrhagie, la dilatation, les cathétérismes, les lavages caustiques de l'urèthre, le massage n'ont amené aucune modification de l'état local, de sorte que l'auteur a fini par appliquer la décoction d'airelle préconisée il y a quelques années par Winternitz contre la leucoplasie buccale. Les malades ont fait trois fois par jour des injections de cette décoction (vaccinium myrtillus) avec une seringue uréthrale ordinaire. La décoction est obtenue avec 200 grammes d'airelles qu'on laisse macérer durant plusieurs heures dans un demi-litre d'eau, puis qu'on réduit à 300 grammes par l'ébullition : on passe ensuite à travers de la toile et on exprime encore les airelles. Si l'injection détermine une sensation de brûlure, on ajoute un peu d'eau. Sous l'influence de ces injections, la coloration blanche devient de plus en plus transparente, les taches sont plus étroites et la muqueuse reparaît avec ses caractères et souvent les taches disparaissent définitivement avant qu'on en ait fini avec le traitement de la blennorrhagie.

L. Jumon.

Indication de la prostatectomie, par Lydston (*N.-York med. J.*, 6 août 1904). — Le seul fait de la découverte d'une hypertrophie de la prostate constitue jusqu'à un certain point pour l'auteur une indication opératoire. Cette indication est immédiate si les malades n'ont pas dépassé l'âge moyen et si la vessie et les reins sont sains, ou s'il n'y a que des lésions légères. Le traitement doit être palliatif, soit par le cathétérisme, soit par le simple drainage sus-pubien lorsqu'il existe des lésions rénales sé-

rieuses. Il y a indication opératoire chez les sujets de cinquante-cinq à soixante-cinq ans lorsque la vessie et les reins sont normaux, un peu affectés; l'opération est contre-indiquée en cas de lésions graves. Jusqu'à soixante-dix ans, l'opération peut être faite si les sujets se sont servis de la sonde et si les reins et la vessie fonctionnent bien. Si la vessie a perdu ses fonctions, l'opération ne donnera que de mauvais résultats. Au-delà de soixante-dix ans, il vaut mieux, dans la grande majorité des cas, n'avoir recours qu'à une opération palliative.

L'opération périnéale est l'opération de choix quand on peut la pratiquer, ce qui n'est pas possible dans tous les cas.

Bien qu'il s'agisse d'une opération grave entraînant parfois des complications sérieuses, la prostatectomie faite dans des conditions favorables donne une guérison radicale de l'obstruction prostatique chronique.

E. Vogt.

L'anurie par obstruction et son traitement, par S. Watson (*Boston med. and surg. J.*, 15 sept. 1904). — L'obstruction d'un seul rein peut entraîner l'anurie complète dans quelques cas, ainsi que l'ont montré des autopsies; cette suppression se produit par voie réflexe sur le rein normal, à plus forte raison si le rein est déja lésé. Le trait le plus frappant de l'anurie obstructive est la longue durée qui s'écoule depuis que l'obstruction est établie jusqu'à l'apparition des symptômes urémiques et de la mort. Sur 110 cas d'anurie obstructive traités par l'expectation, trente ont guéri, quatre-vingts ont succombé.

Dans vingt cas qui ont guéri, l'anurie subsistait depuis cinq à dix jours, parfois plus de quinze jours. Dans les cas suivis de mort, l'anurie a duré de quatre à seize jours.

La durée de la période de tolérance, c'est-à-dire de la période dépourvue de symptômes urémiques peut aller jusqu'à 16 jours.

Il est probable que la sécrétion interne des reins intervient dans cette immunité à l'égard de l'intoxication urémique.

Au point de vue thérapeutique, l'auteur classe es cas en deux groupes : ceux dans lesquels les symptômes ne sont pas suffisamment caractéristiques pour permettre de reconnaître la nature des accidents ou le côté de l'obstruction, ceux dans lesquels le diagnostic est établi. Dans la première catégorie se rangent les malades qui souffrent des deux côtés, la radioscopie, le cathétérisme de l'uretère et le cystoscope peuvent rendre des services. Dans les cas de diagnostic incertain quant au siège, l'auteur croit qu'il vaut toujours mieux opérer, quitte à inciser des deux côtés.

En dehors du traitement chirurgical on peut employer les injections salines pour retarder ou atténuer les symptômes urémiques. Des bains de siège chauds, des manipulations propres à favoriser le passage du calcul ont été souvent suivis de succès. Quelques-uns emploient les anesthésiques pour relâcher le spasme de l'uretère, mais ce procédé ne convient pas dans les cas d'anurie. Lorsque l'obstruction est due à une flexion de l'uretère produite par un rein mobile, on devra soulever le siège du malade, mettre l'abdomen dans le relâchement et essayer de replacer l'organe.

La mortalité dans les cas traités par l'expectation a été environ de 72 0/0, et dans les cas opérés de 46 0/0.

La proportion des décès est d'autant plus élevée qu'on retarde plus longtemps l'intervention. En somme, l'opération est indiquée au bout de quarante-huit heures et même plus tôt s'il survient des phénomènes urémiques.

Dans quelques cas d'anurie calculeuse, le cystoscope a permis de découvrir le calcul dans l'uretère et de l'enlever. Parfois un calcul est assez gros pour être senti à travers la paroi abdominale: il vaut mieux alors l'aborder directement que par la néphrotomie lombaire. Si l'on a découvert la cause de l'obstruction, on doit la supprimer, si l'opération de la néphrotomie lombaire ne doit pas être trop prolongée. Les cas dans lesquels on peut le faire sans trop de risques sont ceux dans lesquels le calcul est engagé dans le bassinet où le tiers supérieur de l'uretère. Dans le cas contraire, il subsistera probablement une fistule rénale, mais on aura ramené le malade à l'existence. Enfin, l'auteur croit qu'il est prudent de ne jamais fermer immédiatement l'incision faite pour la néphrotomie.

L. Jumon.

Pharmacologie

Dr E. VOGT.

Ex-assistant à la Faculté de Médecine

de Genève

Recherches sur les infusions et décoctions, par Daells (*Revue pharmaceutique (belge)*, mai-août 1904). — Nous retenons de ce travail fait au point de vue pharmaceutique pur, les détails qui peuvent intéresser le praticien. L'au-

teur conseille, pour préparer des infusions et décoctions, de mettre la substance en contact avec de l'eau froide avant de chauffer.

Toutes les préparations obtenues par ce procédé sont plus riches que celles obtenues par l'eau chaude sur la substance. L'auteur n'a pas rencontré une seule exception à cette règle.

Il est probable que lorsqu'on verse de l'eau bouillante sur une drogue, les matières albuminoïdes et peut être d'autres produits encore se coagulent, s'insolubilisent à l'intérieur même des cellules et empêchent ainsi certains principes de passer en solution.

A côté de cette conclusion principale, l'auteur en ajoute d'autres : il recommande une macération préalable surtout pour les drogues compactes, écorces, bois. Pour les drogues à tissus tendres, l'influence de la macération est moins sensible, comme aussi du reste d'une façon générale, l'influence du procédé de préparation, parce que ces drogues, facilement imprégnables, abandonnent aisément leurs éléments solubles à l'eau.

Il considère également comme avantageux emploi des poudres, qu'on fait macérer pendant un certain temps avec de l'eau froide; on porte ensuite lentement à l'ébullition et on filtre à froid.

Pour la digitale, en faisant macérer la poudre avec de l'eau froide, et en élevant graduellement la température à 70°, on obtient presqu'autant de principes en solution qu'en chauffant jusqu'à l'ébullition.

Par l'un et l'autre de ces procédés, on obtient du reste la presque totalité de la digitoxine.

Pour le quinquina, il est nécessaire de filtrer à chaud, et il est avantageux d'ajouter une faible quantité d'acide à la décoction.

E. Vogt.

Prescription et préparation de la pommade jaune, par Schanz (*Zeits f. Augenh.*, XI, 6). — Deux articles récents semblent devoir incriminer à nouveau les effets de la pommade jaune. Contrairement à Knapp, Schanz n'admet pas l'influence de la teneur en eau sur la conservation du produit ; aujourd'hui nous avons des corps gras qui ne rancissent pas et il est inutile d'y joindre de l'eau.

Le procédé de Knapp par l'alcool, l'éther et la chaleur est mauvais parce que l'alcool n'est pas sans nuire, et la chaleur chasse mal l'éther. Au point de vue des qualités des pommades, les mélanges rendus frais par addition d'eau sont facilement remplacés par ceux de « graisse de laine » qui diffère de la lanoline ordinaire par l'absence d'huile d'olive. Il faut que la pommade puisse se mélanger aux larmes, ce que ne peut faire la vaseline seule (contrairement à ce que dit Fischer).

La formule de Schanz est la suivante.

Oxyde jaune récemment préparé et pulvérisé.....	0,1 à 1 gramme
Eau distillée.....	1 —
Graisse de laine anhydre.....	ãã 10 —
Vaseline américaine blanche.....	

A. Darier.

Note sur l'emploi du chlorure de sodium après l'application du nitrate d'argent dans l'urèthre, par R. Griess (*Therapeutic gazette*, 15 septembre 1904). — Bien que le nitrate d'argent reste un excellent médicament dans les cas d'uréthrite chronique antérieure et postérieure, il est susceptible de certains reproches. D'autres préparations nouvelles ont évité ces reproches, mais sans détrôner beaucoup le nitrate d'argent.

L'usage d'une solution de chlorure de sodium après l'application de nitrate d'argent sur un point de l'urèthre donne d'excellents résultats. Cette méthode n'a rien d'original, car il y a longtemps qu'elle est employée par les ophtalmologistes quand ils veulent neutraliser l'excès de sel d'argent.

Les indications et les raisons de l'emploi du chlorure de sodium après l'application de nitrate d'argent sont les suivantes :

Les applications de nitrate sont bien moins désagréables pour le malade lorsqu'on précipite l'excès d'argent : il n'y a rien à craindre du précipité qui se forme.

L'effet qu'on attend du nitrate d'argent s'accomplit rapidement, par conséquent il ne faut pas en laisser en excès dans l'urèthre, parce qu'il entraînerait une douleur inutile et certains inconvénients.

L'effet caustique du sel d'argent se trouve considérablement limité. On peut alors employer des solutions de nitrate d'un titre supérieur comme il est souvent nécessaire, sans qu'on ait à craindre une action caustique trop profonde.

L'application peut être également plus étendue. Au point de vue clinique cette méthode donne toujours d'excellents résultats. Il s'écoule d'ailleurs assez de temps entre les deux injections, pour que la première ait le temps d'agir.

L. Jumon.

Sur l'almaténia, par L. Bertini (*La Clinica moderna*, n° 18, 1904). — Parmi les antiseptiques un des meilleurs est certainement l'iodo-

forme : il est toutefois doué de propriétés toxiques, qui ont été reconnues par plusieurs expérimentateurs. On a proposé un certain nombre de succédanés, mais sans résultats véritablement bons.

L'auteur relate dans son mémoire ses expériences sur un nouveau produit de condensation de l'hématoxyline et de l'aldéhyde formique. C'est un produit de composition et propriétés constantes, qui dégage par la chaleur une certaine quantité de formol : il se présente sous forme d'une poudre rouge brique, très légère, avec des reflets métalliques, et n'a ni odeur ni saveur : il est très peu soluble dans l'eau, insoluble dans le chloroforme et l'éther, se dissout dans l'alcool, l'éther acétique, la glycérine et les liquides alcalins.

L'auteur relate 20 cas de lésions septiques et 12 cas de lésions aseptiques traités par l'almaténia. Les résultats ont toujours été satisfaisants : la guérison fut rapide, il n'observa jamais les moindres troubles ni aucun phénomène d'intoxication. Cette substance a une action favorable sur les blessures septiques, diminue la sécrétion et excite la prolifération des tissus à cause des propriétés astringentes et caustiques, très faibles d'ailleurs, qu'elle possède. Si la blessure n'est pas infectée, la cicatrisation est très rapide et on peut enlever les points de suture après quatre à six jours. L'auteur emploie à présent largement l'almaténia à la place de l'iodoforme et de la gaze iodoformée. Il l'a même expérimentée par voie buccale dans plusieurs cas d'entérite aiguë. Il la formule toujours en solution alcaline (1 0/0 de bicarbonate de soude) en montant de 0 gr. 30 jusqu'à 1 gr. 50 chez les enfants et à 3 grammes chez les adultes. Ici encore les résultats ont été très satisfaisants et, sans le moindre malaise pour les malades ; le médicament supprime les diarrhées les plus rebelles.

Pour l'auteur enfin, l'almaténia est un très bon produit qui a tous les avantages de l'iodoforme sans en avoir les propriétés toxiques.

A.-L. Percival.

Sur l'action diurétique et déchlorurante de la théocine, par M. Joa (*Riforma Medica*, n° 19, 1904). — L'auteur a étudié l'action diurétique et déchlorurante de la théocine, en la comparant dans quelques cas à la théobromine et à l'agurine, sur plusieurs malades dont les reins étaient tout à fait sains : ils avaient une diurèse très réduite, éliminaient très peu de chlorures et présentaient des œdèmes ou des épanchements de la plèvre et du péritoine qui n'étaient pas d'origine néphritique. Il a pu reconnaître que la théocine est un diurétique très puissant : elle est très déchlorurante. Son action très prompte dure très peu : souvent chez les cirrhotiques, plus rarement dans les maladies de cœur, son usage produit des nausées, des vomissements, de l'insomnie. Son emploi prolongé fatigue le rein. On évite aisément tous ces troubles en donnant pendant deux jours, en trois fois, une dose de 0 gr. 45, ou même une dose de 0 gr. 60, 0 gr. 90 en quatre ou cinq fois, pour recommencer après un à deux jours de repos. La théocine est un diurétique rénal, n'irritant pas le rein, n'augmentant pas l'albumine dans les urines des cardiaques, — si elle s'y trouve ; elle est très utile pour combattre les œdèmes qui font obstacle à la bonne circulation sanguine. — La théocine est supérieure à l'agurine, à la théobromine, comme rapidité d'action et comme pouvoir déchlorurant ; la théobromine, toutefois, a une action plus prolongée et son emploi ne cause jamais les troubles qu'on observe parfois après la théocine.

A.-L. Percival.

La céphalopine et l'organothérapie cérébrale, par M. Sciallero (*Riforma Medica*, n° 3 1904). — L'auteur prépare la céphalopine par l'extraction à froid, au moyen de l'huile, de la substance cérébrale : dans cet extrait il n'y a pas de protéines, mais seulement les graisses du cerveau. M. Sciallero dose la valeur de la préparation en déterminant la quantité de céphalopine nécessaire pour sauver l'unité en poids d'un cobaye intoxiqué par la strychnine : la dose nécessaire est en moyenne de 1/3 de cc. Il faut encore remarquer, d'après l'auteur, que les extraits ordinaires de substance nerveuse empêchent la mort de l'animal en expérience ou suppriment les convulsions seulement si on les injecte à l'endroit même où la strychnine a été introduite. La céphalopine, au contraire, sauve les animaux dans 80 0/0 des cas, même injectée quelques heures avant et du côté opposé : elle neutralise aussi une deuxième dose de venin. La céphalopine exerce une action très bonne dans la neurasthénie, l'insomnie, dans les névroses et même dans l'épilepsie. On l'emploie sous forme d'injections hypodermiques (de 2 à 5 cc.) qui ne sont suivies d'aucune réaction locale.

A.-L. Percival.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Clinique médicale. — M. le Pr Debove fera ses leçons de clinique médicale tous les mardis, à 10 heures, dans l'amphithéâtre de Clinique médicale (Hôpital Beaujon). Visite et examen des malades, tous les matins, à 9 heures, salles Behier (femmes) et Sandras (hommes).

Faculté de médecine de Paris. Cours d'anatomie. — M. le Pr Poirier commencera le cours d'anatomie le mercredi 9 novembre 1904, à 4 heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure. Objet du cours : Organes de la respiration.

Cours de clinique médicale. — M. G. Hayem commencera son cours de clinique médicale, à l'Hôpital Saint-Antoine, le samedi 12 novembre 1904, à 10 heures du Pavillon Moïana, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure. — Enseignement complémentaire : technique clinique, par M. Ghika, chef de clinique ; anatomie pathologique et bactériologie, par M. Rosenthal ; conférences pratiques d'ophtalmologie, par M. Terrien. Les élèves qui désirent suivre ces cours devront se faire inscrire par M. Rosenthal, chef du laboratoire d'anatomie pathologique.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — M. Gaucher commencera ce cours le dimanche 6 novembre 1904, à 10 heures du matin (Hôpital Saint-Louis), et le continuera les mercredis et dimanches suivants, à la même heure. Dimanche : leçon didactique ; dermatoses vasculaires ; dermatoses pigmentaires ; dermatoses hypertrophiques. Mercredi : Leçon clinique.

Cours de clinique chirurgicale infantile (Fondation de la ville de Paris). — M. Kirmisson commencera son cours de clinique chirurgicale infantile, Hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres, le mardi 8 novembre 1904, à 10 heures du matin, et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure. Mardi et samedi, à 10 heures : leçons du professeur. Jeudi, de 10 heures à midi : consultations orthopédiques (conférence clinique et examen des malades).

Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu. — M. le Pr F. de Lapersonne commencera son cours de clinique ophtalmologique le jeudi 3 novembre 1904. — Ordre de service : Lundi, à 9 heures 1/2 : policlinique (salle de consultation). Mardi, à 9 heures 1/2 : opérations. Mercredi, à 10 heures : examens ophtalmoscopiques. Jeudi, à 9 heures 1/2 : opérations. Vendredi, à 10 h. ; leçons clinique (amphithéâtre Dupuytren). Tous les matins à 9 heures : consultation externe. La première leçon à l'amphithéâtre Dupuytren aura lieu le vendredi 18 novembre, à 10 heures.

Cours d'histologie. — M. A. Branca, agrégé, chargé de cours, commencera le cours d'histologie le mardi 8 novembre 1904, à 4 heures (petit amphithéatre de la Faculté), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure, — Objet du cours : La cellule ; les épithéliums ; les produits sexuels et la fécondation.

Cours d'histoire naturelle médicale. — M. le Pr Blanchard commencera le cours d'histoire naturelle médicale le mercredi 9 novembre 1904, à 4 heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure. — Programme du cours : Du Parasitisme et de son importance en pathologie, Etude spéciale des protozoaires pathogènes.

Cours de médecine légale. — M. Brouardel commencera le cours de médecine légale le lundi 7 novembre 1904, à 4 heures de l'après-midi (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Cours d'anatomie pathologique. — M. Cornil commencera le cours d'anatomie pathologique le lundi 7 novembre 1904, à 5 heures de l'après-midi (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure (dans le même amphithéâtre), les mercredis, à 2 heures, dans la salle des travaux pratiques d'anatomie pathologique (2e étage). Objet du cours : Anatomie pathologique du système génito-urinaire de l'homme et de la femme. — Tumeurs du sein.

Anatomie (cours du chef des travaux). — M. Rieffel, agrégé, chef des travaux anatomiques, commencera son cours le mardi 15 novembre 1904, à 4 heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. Objet du cours : Anatomie descriptive et topographique des membres.

Ecole pratique. — Exercices opératoires, sous la direction de M. le Pr Reclus et de M. Hartmann, agrégé, sous-directeur des travaux de médecine opératoire. — Cours facultatif d'automne. M. le Dr Labey, prosecteur, avec le concours de 6 aides d'anatomie, fera sa première sa première démonstration le lundi 17 octobre 1904, à 1 heure 1/4 précise, pavillon no 7.

Conférences d'hygiène. — M. Macaigne agrégé commencera ses conférences le mercredi 9 novembre 1904, à 3 heures (au grand amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Conférences de chimie biologique. — M. L. Maillard, agrégé, commencera les conférences de chimie biologique le samedi 5 novembre 1904, à 5 heures (amphithéâtre de physique et de chimie, à la Faculté), et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. — Sujet des Conférences : les principes constitutifs de l'organisme.

Conférences de pathologie interne. — M. Paul Carnot, agrégé, commencera ces conférences le lundi 7 novembre 1904, à 6 heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure. Objet du cours : Intoxications et auto-intoxications.

Conférences d'obstétrique. — M. Brindeau, agrégé, commencera ces conférences le mard 8 novembre 1904, à 6 heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Conférences sur la Radiothérapie. — Le Dr Leredde commencera le *dimanche, 30 octobre 1904, à 10 h. 1/2 du matin*, dans le nouveau local de l'Etablissement Dermatologique, 31, rue de la Boëtie, une série de conférences sur les applications de la Radiothérapie et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

1re Conférence, 30 octobre 1904. — Actions élémentaires de la radiothérapie. Actions antiphlogistique, sclérogène destructrice analgésique, actions sur les phanères et les glandes.

2e Conférence, 6 novembre 1904. — Application de la radiothérapie en général.

3e Conférence, 3 novembre 1904. — La radiothérapie dans les dermatoses.

4e Conférence, 20 novembre 1904. — La radiothérapie dans les dermotoses (*suite*). Traitement de l'épithéliome de la peau par la radiothérapie et les méthodes classiques.

5e Conférence, 28 novembre 1904. — La radiothérapie dans les dermatoses (*fin*). Traitement des lupus en 1904. Photo et Radiothérapie.

6e Conférence, 4 décembre 1904. — La radiothérapie dans les affections viscérales.

7e Conférence, 11 décembre 1904. — Questions techniques.

8e Conférence, 18 décembre 1904. — Les progrès futurs de la radiothérapie.

Association française d'Urologie (8e session 20-22 octobre 1904). — L'Association française d'Urologie a tenu, le 20 octobre, sa séance d'ouverture, sous la présidence de M. le Pr Guyon, entouré de nombreuses notabilités chirurgicales françaises et étrangères.

La séance tout entière a été consacrée à la discussion d'une question nouvelle et très importante susceptible d'intéresser autant les chirurgiens que les spécialistes : « Indications et valeur thérapeutique de la prostatectomie. »

Après les rapports remarquables de MM. Escat et Proust, la discussion s'est poursuivie, très animée, entre MM. Pauchet, Paul Delbet, Hartmann, Rafin, Reynès, Loumeau, Legueu, Le Fur, Albarran, Desnos.

Cette séance a été un gros succès pour l'Association française d'Urologie qui voit son développement s'affirmer de plus en plus, et qui a recruté cette année un nombre considérable d'adhérents.

Actes officiels. — MM. les Drs P.-H. Raymond (de Paris), Messerer et Peyret (médecins militaires) sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

Sont nommés : Officier de l'instruction publique. — M. le Dr Fabre (de Saint-Rome-de-Tarn).

Officiers d'académie. — MM. les Drs V. Delaunay et M.-A. Roques (de Paris); Conchon (de Châtel-Guyon); Pont (de Lyon); Ratier (de Séreilhac); MM. Boidin, Mercadé et J.-Th. Okinczyc (internes des hôpitaux de Paris).

Les médecins français en Angleterre. — Un groupe de cent trente médecins de Paris et des départements est arrivé à Charing-Cross, le 9 octobre, vers cinq heures du soir, pour faire à Londres une visite de trois jours. Un comité anglais, présidé par sir William Broadbent et ayant sir Thomas Barlow, et J. Dundas Grant comme trésoriers et MM. Dawson, Williams et Jobson Horne comme secrétaires, a souhaité la bienvenue à nos compatriotes. Une réception a eu lieu à l'Hôtel Russel.

Voici l'emploi du temps des visiteurs français :

Lundi, 10 octobre : Réception au Collège royal des Chirurgiens d'Angleterre ; Visite au Charing-Cross Hospital et au Kings College Hospital ; Déjeuner offert par la direction de la revue médicale *The Lancet*, à cinquante des délégués français. L'après-midi : Visites de divers grands hôpitaux ; Le soir : Réception à l'Hôtel du Dr Dundas Grant.

Mardi, 11 octobre : Visite à l'Hôpital français ; Visites des laboratoires de l'université de Londres ; Visite de divers hôpitaux ; Déjeuner offert par le doyen de la Faculté de médecine à l'Université de Londres. — L'après-midi : Visite de divers hôpitaux,

Mercredi, 12 octobre : Visite des laboratoires pour l'étude du cancer ; Visite de l'Institut de médecine préventive Lister ; Visite de l'hôpital pour les femmes de Chelsea ; Visite de l'hôpital de Brompton pour les tuberculeux. Le soir : banquet à l'hôtel Cecil.

Au banquet qui a eu lieu, à l'Impérial Restaurant, offert par la direction du *Lancet*, et présidé par M. Wakley junior, assistaient cinquante médecins français. Le Dr Ogilvie, médecin de l'hôpital français de Londres, a souhaité la bienvenue à nos compatriotes ; il a terminé en disant : « Si vous retournez chez vous sans avoir grandement augmenté vos connaissances médicales, vous reverrez en tout cas votre pays avec la ferme croyance en une amitié durable entre vous et vos collègues anglais.

Les docteurs français Championnière, Triboulet, Poirier, Plondel et Monprofit ont successivement pris la parole pour remercier la direction du *Lancet* et le comité de réception anglais.

Le mardi, 11 octobre, les médecins français, guidés par le Dr Vingtras, ont visité l'hôpital français. Le Dr Owen leur a fait les honneurs de la salle d'opération admirablement installée. Une collecte de 700 francs a été faite et remise à l'administration de l'hôpital. Le soir, un lunch a été offert aux visiteurs sous la présidence du doyen de l'université de médecine de Londres, le Dr Butlin, assisté de lady Butlin.

Le mercredi, 12 octobre, les uns ont visité les laboratoires du cancer à Londres, l'Institut Lister de médecine préventive et le grand « London Hospital ». D'autres se sont rendus à l'asile d'aliénés, à Claybury, à quelque distance de Londres. Enfin un autre groupe a visité l'hôpital Edouard VII pour les officiers. Un banquet a été offert aux médecins français à l'hôtel Cecil. Sir William Broadbent, qui présidait, a porté un toast au roi Edouard, en français, et a lu une dépêche du chef de la maison du roi où le roi Edouard félicitait les médecins français de leur voyage. Une dépêche de remerciements a été aussitôt adressée en réponse à cet acte de haute courtoisie.

Sir William Broadbent a porté un toast à M. Loubet, M. Daescher, au nom de l'ambassadeur de France, a fait l'éloge de l'hospitalité généreuse qui caractérise l'Angleterre.

Le Dr Ogilvie a porté un toast aux invités, MM. Lucas-Championnière et Huchard ont répondu. Puis, le vice-chancelier de l'université de Londres a bu à la Faculté de médecine de Paris. Le Pr Poirier et le Dr Chauffard lui ont répondu et ont été vivement applaudis. M. le Pr Poirier a été de la part de l'assistance l'objet d'une ovation. Il a exprimé son admiration pour la parfaite organisation de tous les établissements dus à l'autonomie et à l'initiative privée.

Il a exprimé l'espoir de tous ses collègues de rendre à Paris, à leurs hôtes, l'hospitalité qu'ils venaient de recevoir. Il a terminé en disant : « Permettez-moi, très honorés et chers collègues, de vous convier à tous nous unir dans un sentiment confraternel pour boire, dans un verre anglais rempli d'un vin de France, à la fécondité de notre union contre l'ignorance et la barbarie, contre les misères physiques et intellectuelles, pour le bien et la grandeur de l'humanité ». (*Applaudissements prolongés.*)

Nale Imprimerie. E. Lanier, directeur. 35, 37, rue St Lazare. Paris Le rédacteur-Gérant : R. BLONDEL

TRAVAUX ORIGINAUX

DES RAPPORTS DE LA CONSTIPATION ET DE L'ENTÉRITE MUCO-MEMBRANEUSE

Par le Dr Burlureaux

Nul doute que la constipation ne soit constante chez les malades atteints de colite muco-membraneuse; mais la question est de savoir si c'est elle qui cause ou qui entretient la colite et si la base du traitement de la colite est le traitement de la constipation. Tel est le point de doctrine sur lequel je vous demande la permission de donner mon avis puisque la pathogénie de la colite membraneuse a reçu un renouveau d'actualité du fait de la très intéressante communication de M. Mathieu à la dernière séance de la Société de Thérapeutique.

L'opinion générale est que la constipation est la cause immédiate de cette si tenace affection qui fait le désespoir des malades et des médecins. De là, tout ce luxe de procédés pour atteindre la constipation : purgatifs, lavements, grands lavages intestinaux, grands lavements de d'huile, massages abdominaux, électrisation de l'intestin, etc. Or, le moment nous semble venu de protester contre cette doctrine et par conséquent contre tous ces moyens thérapeutiques qui, à notre avis, ne font qu'entretenir et aggraver la maladie. Il faut un certain courage pour heurter ainsi de front une doctrine encore soutenue par de très éminents praticiens, qui, en outre, est adoptée d'une façon aveugle par l'opinion publique; mais nous croyons de notre devoir d'aborder aujourd'hui le problème, parce que depuis trop longtemps nous sommes persuadé que l'opinion publique fait erreur, et aussi parce que quelques hommes d'avant-garde n'ont pas craint de dénoncer l'erreur séculaire. C'est ainsi qu'à la dernière séance de notre Société, M. le Dr Lyon a battu en brèche la doctrine autrefois classique.

Il a fait à ce sujet une communication des plus suggestives qui n'a qu'un tort, à notre avis, c'est d'avoir été trop courte; chacune des phrases qu'il a prononcées aurait, en effet, mérité de plus amples développements.

Il n'y a pas d'entéro-colite sans constipation, mais par contre, il y a très souvent constipation sans entéro-colite.

Nombreux sont les gens soi-disant bien portants qui sont atteints de constipation chronique. Quand nous disons bien portants, c'est une façon de parler; car en réalité, la santé n'est qu'un bel accident et les constipés ne sont pas absolument bien portants. Mais il en est beaucoup qui vont et viennent, vivent de la vie commune tout en ayant une constipation opiniâtre. De plus, il y a beaucoup de vrais malades qui vont moins mal quand ils sont constipés. Une dame nous disait plaisamment à ce sujet que son intestin avait « horreur du vide ». Tant que ces personnes ne sont pas atteintes de cette obsession spéciale qui empoisonne la vie des constipés, elles tolèrent leur infirmité sans se douter qu'elle existe. Mais malheur à elles quand elles commencent à se préoc-

cuper de leur constipation. C'est à partir de ce moment qu'elles rapportent à la constipation les mille et une misères qui sont l'apanage des neurasthéniques. Malheur à elles surtout quand elles entrent dans la voie des soi-disants traitements de la constipation. Elles commencent par user du lavement simple, tiède d'abord, puis très chaud, puis très froid; puis elles ont recours aux purgatifs doux, aux purgatifs plus violents, elles en arrivent aux grands lavages. Elles font tant et si bien qu'elles irritent leur intestin et qu'à leur constipation anodine succède l'entéro-colite membraneuse. A partir de ce moment, la vie leur devient insupportable et le cercle vicieux est établi. Plus elles irritent leur intestin, plus la constipation devient opiniâtre, et pour lutter contre cette constipation opiniâtre elles irritent de plus en plus leur intestin. L'obsession entre alors en scène, elles ne pensent plus qu'à leurs fonctions alvines, à la liberté du ventre qu'elles disent être le plus nécessaire des libertés, elles se présentent à la garde-robe plusieurs fois dans la journée, sans succès, où avec des résultats insignifiants et cette impuissance les affolant, elles recourent aux moyens les plus extraordinaires pour lutter contre l'odieuse constipation.

Cet état mental des constipés mériterait d'être étudié de très près et toute thérapeutique qui ne cherche pas à la modifier est par avance condamnée à l'impuissance. La première chose à faire quand on se trouve en présence d'un de ces constipés à obsession est de lui persuader que la constipation n'est pas l'ennemie, n'est pas la cause immédiate de toutes les misères qu'elle ressent, qu'elle n'est au contraire qu'un symptôme d'importance secondaire prouvant simplement qu'il y a quelque chose de défectueux dans le fonctionnement du systèmes nerveux abdominal. Persuadez à vos malades qu'il leur suffit d'aller à la garde-robe tous les deux ou trois jours pour commencer, que lorsqu'ils iront mieux, ils iront spontanément tous les jours, invitez-les à ne s'y présenter qu'une fois par jour à heure fixe en s'interdisant (dans la mesure du possible) d'y aller en dehors de l'heure réglementaire.

Recommandez-leur de ne pas lutter contre la constipation, mais bien contre le trouble nerveux dont la constipation n'est qu'un symptôme, et s'ils vous écoutent, si vous avez le don de les convaincre, ils seront par cela seul à moitié guéris. Mais le plus souvent vous vous heurterez à un parti-pris contre lequel toutes les suggestions, tous les raisonnements du monde viendront échouer misérablement. Ce parti pris est dû à la lourde hérédité atavique, à l'erreur soigneusement entretenue par les médecins de tous les temps, à l'effet momentanément utile des évacuations provoquées; enfin au besoin qu'ont tous les hommes depuis que le monde est monde, de rattacher à une cause tangible, facilement appréciable les troubles de leur santé. Nous dirons plus loin comment on peut et on doit vaincre ce parti pris du malade..

Ce qui prouve bien que la constipation par elle-même n'est pas si terrible qu'on se l'imagine dans le monde médical et extra-médical, c'est que chez les gens bien portants on peut la provoquer sans le moindre inconvénient. C'est ainsi que nous, avons vu M. le Pr Delorme, pendant les cinq années que nous avons passé avec lui au Val-de-Grâce à partir de l'année 1899, provoquer de parti pris la constipation chez tous les hommes ayant à subir des opérations dans les régions abdomino-génito-crurales, et ce n'était pas une constipation de deux ou trois jours, mais bien de douze, quinze et même dix-huit jours. Chez un malade de mon service opéré par M. Delorme pour une cure radicale d'hémorroïdes, j'ai souvenance que la constipation a été entretenue pendant dix-huit jours. Or, comme je demandais tout récemment à mon ami M. Delorme, actuellement directeur du Val-de-Grâce, s'il était toujours fidèle à cette pratique, il m'a répondu affirmativement et il a bien voulu dresser pour moi une statistique de laquelle il résulte que depuis le jour où il m'avait convié à assister à ses premiers essais

il avait opéré tant au Val-de-Grâce qu'à l'hôpital de Vincennes, 1.600 cures radicales de hernies, 50 cures radicales d'hémorroïdes, 500 varicocèles, 30 castrations environ, 500 opérations variées de la sphère inguino-génito-périnéo-fessière, enfin qu'il avait constipé méthodiquement 15 hommes atteints de fractures de cuisse. On comprend tout l'intérêt qu'il peut y avoir, pour la rareté et la facilité des pansements, à constiper ainsi les opérés : c'est ce que M. Delorme a brillamment exposé à la Société de chirurgie. Il a présenté une série de 160 courbes thermiques, démontrant que la température n'a pas monté au-dessus de la normale pendant toute la durée de la constipation et que même elle a été abaissée un peu au-dessous de la normale (90 fois, sur ces 160 observations). Dans 4 cas seulement elle a dépassé la normale, mais c'était par le fait des maladies accidentelles (intoxication iodoformée, rhumatisme articulaire aigu. Congestion pulmonaire 2 fois).

Chez 110 opérés de cures radicales, il y eut parfois des coliques, mais sans la moindre importance. Elles disparaissaient après l'émission spontanée de gaz. La langue saburrale les premiers jours reprenait bientôt l'aspect normal; l'appétit était conservé chez la très grande majorité des opérés constipés.

Dès le troisième jour, on leur donnait à manger des potages, des œufs, de la viande blanche et du vin, en n'évitant que les aliments capables de donner des déchets. Le sommeil resta bon, le caractère ne subit aucune modification, la soif n'était pas excessive et les analyses d'urine faites par M. le Pr Burcker ont démontré que l'économie ne subissait pas, du fait de la constipation provoquée, une influence néfaste. La première selle était parfois facile et spontanée, d'autres fois elle était pénible, c'est ainsi qu'un malade ne put aller à la garde-robe qu'au 22e jour. En vain, avait-on essayé chez lui les purgatifs et les lavements depuis quatre ou cinq jours; ce n'est que quand on le fit marcher qu'on parvint à le faire aller à la garde-robe. Les selles suivantes étaient habituellement aisées et les fonctions de l'intestin reprenaient leur régularité. Ma communication, ajoutait M. Delorme, « pourrait avoir plus qu'un intérêt clinique étant donné les théories qui ont cours sur l'importance et sur la fréquence des intoxications intestinales. Mais je désire rester exclusivement sur le terrain de la pratique et je conclurai en disant : Chez les hommes adultes et sains surpris par un traumatisme chirurgical qui doit guérir par première intention, la constipation provoquée pendant huit à quinze jours n'a pas les inconvénients qu'on lui attribue d'ordinaire et qui sont ceux de la constipation spontanée. »

Je ne vous dirai pas par quels procédés M. Delorme est arrivé à obtenir ces constipations si prolongées et si peu nuisibles aux opérés, car ce serait sortir de mon sujet mais ce qui résulte de cette si intéressante pratique de M. Delorme, ce qui, à notre avis, a la valeur d'une expérience de laboratoire : c'est que, chez les gens bien portants, la constipation ne cause aucun trouble de la santé.

Comment alors expliquer chez nos malades médicaux l'appréhension que leur occasionne la constipation, appréhension qui rend leur vie misérable, qui devient une véritable obsession et semble légitimer les interventions de toutes sortes que nous croyons si nuisibles? Eh bien ! C'est que la constipation chez ces malades médicaux n'est qu'un symptôme, indique un trouble de la santé générale, mais, je le répète, elle n'est pas par elle-même la cause des autres troubles de la santé, de sorte qu'il ne faut pas chercher à la guérir, elle disparaîtra d'elle-même quand la maladie qui la cause aura disparu, quand, en d'autres termes, le fonctionnement du système nerveux abdominal aura repris sa régularité. Mais le système nerveux abdominal a des relations intimes avec le système nerveux central, il y là une véritable chaîne sans fin. Or, si l'on veut bien se rappeler

que la solidité d'une chaîne est égale à celle du plus faible de ses anneaux, on comprendra l'importance qu'il y a à rechercher quel est l'anneau le plus faible, en d'autres termes quelle est la partie de système nerveux qu'il faut viser et consolider pour guérir le constipé médical.

Il n'y a donc pas de remède contre la constipation, et pour l'atteindre, il faut atteindre la maladie dont elle constitue une des manifestations les moins importantes, et disons-le de suite, les plus faciles à faire disparaître. Oui, dussé-je sembler paradoxal, j'affirme que la constipation est de tous les symptômes observés chez le constipé médical celui qui disparaît le plus vite. Prenez une malade qui depuis des années souffre de ces misères variées qu'on est convenu de désigner sous le nom mal sonnant de neurasthéniques et parmi lesquelles la préoccupation de la constipation joue un rôle capital; après enquête méticuleuse, trouvez la formule exacte de son régime, et par régime, je n'entends pas seulement le régime alimentaire, mais la réglementation minutieuse de sa vie, le dosage de son exercice, de son travail cérébral, etc.

Supprimez les agents thérapeutiques qui entretiennent sa maladie (douches froides, exercice forcé, médicaments variés, diète lactée, etc.), supprimez surtout les influences nocives qui entretiennent le trouble nerveux de son intestin, à savoir les purgatifs, les grands lavages, etc., et vous serez étonnés de voir la constipation disparaître avant toutes les autres misères.

La malade vous dira au bout de huit jours : « chose curieuse, docteur, je souffre encore de la tête, de l'estomac, du dos, d'une faiblesse extrême, mais je commence à retrouver le sommeil et surtout je vous suis bien reconnaissante parce que ma constipation si rebelle est presque entièrement vaincue, je n'ai presque plus de peaux dans les selles et je commence à reprendre confiance ». A partir de ce moment précis, vous tenez la malade, elle a en vous une foi aveugle, et si vous continuez à la soigner méthodiquement, si surtout des influences étrangères ne viennent pas contrecarrer la vôtre, si la malade est assez intelligente pour s'abandonner entièrement à votre direction, vous lui rendrez peu à peu la santé. Elle aura des rechutes inévitables tous les mois au moment de ses règles, pendant quelque temps, mais lui annoncer à l'avance ces rechutes, c'est consolider sa foi. Elle aura des rechutes plus ou moins importantes chaque fois qu'elle s'écartera de la ligne tracée par vous; si elle commet un écart de régime, un excès d'exercice, ou si elle a une commotion morale ; alors l'odieuse constipation reparaîtra accompagnée d'état gastrique, de douleurs abdominales, de glaires sanguinolentes, de fièvre quelquefois; mais ce sera pour le bien si vous parvenez à lui faire toucher du doigt la cause de cette rechute et à lui faire comprendre que cette rechute était évitable.

Elle aura encore une rechute si elle prend une maladie accidentelle, une angine, une grippe surtout : oh ! la grippe est l'ennemi par excellence, je n'en connais qu'un plus terrible : c'est l'entourage de la malade.

Les grandes malades auxquelles je fais allusion ont, en effet, des parents, des amis, parfois des médecins qui font de la contre-suggestion, et annihilent par un travail sourd et continu tout le bien que peut faire le directeur de santé : De là, dans les cas graves, la nécessité de l'isolement.

Nous voilà, allez-vous dire, bien loin de la question de la constipation, non, Messieurs, tout se tient dans les choses de la biologie et de la thérapeutique raisonnée, et nous sommes en plein dans notre sujet. La constipation n'est qu'une épiphénomène, elle n'est pas la cause de la maladie, lutter contre elle c'est faire de la thérapeutique du symptôme., c'est-à-dire de la mauvaise besogne.

Ce qu'il faut pour guérir les constipés avec entéro-colite, c'est chercher la cause de l'état maladif dont la constipation et l'entéro-colite concomitante ne sont que des symptômes. C'est cette cause qu'il faut atteindre et supprimer..... Ah! mais alors, le problème devient difficile..... Pour le résoudre à fond, c'est toute la pathologie et toute l'hygiène qu'il faudrait passer en revue : hygiène musculaire, hygiène cérébrale, hygiène alimentaire surtout. Si vous voulez bien me suivre sur ce terrain, je veux bien essayer de formuler ma pensée malgré l'ampleur du sujet et l'énorme difficulté qu'il y a à exprimer en quelques phrases toute une doctrine.

a. Nous ne parlerons pas, bien entendu, des malades chez lesquels la constipation est d'origine mécanique (cancer du rectum, de l'S iliaque, etc.). Un mot cependant pour dire que le médecin a le tort de ne pas assez penser à ces causes mécaniques et de traiter par les moyens médicaux des malades dont une intervention chirurgicale hâtive aurait pu prolonger la vie et atténuer les souffrances.

b. Un mot sur les malades dont l'état est entretenu par une ptose abdominale : chez eux, une ceinture bien faite amène à elle seule une amélioration extraordinaire, c'est quelquefois un véritable coup de théâtre, et la constipation disparaît avec les autres misères : mais ces cas sont exceptionnels, car la ptose n'est pas tout chez les ptosiques, ce ne sont pas seulement des désiquilibrés du ventre, et ils ne sont ptosiques que parce que leur système nerveux central éprouve un commencement de défaillance. En supprimant la ptose on ne supprime donc pas la maladie, mais dans certains cas la ptose est un facteur si important, qu'en supprimant la ptose, on rend au malade un signalé service.

c. Parfois la constipation et l'entéro-colite sa compagne sont dues à des lésions d'organes lointains, par un mécanisme de réflexe à long circuit, suivant l'ingénieuse expression de M. Mathieu (appendicite chronique, lésions utérines et annexielles). Ces cas rentrent dans le domaine de la chirurgie.

N'oublions pas cependant que chez les appendiculaires chroniques, l'enlèvement de l'appendice ne constitue pas une cure radicale. C'est que la lésion appendiculaire ne constitue pas toute la maladie, sauf, bien entendu, le cas ou l'appendicite serait d'origine mécanique, provoquée par exemple par un poil de brosse à dents dans le canal appendiculaire. Mais si l'on met à part ces cas extraordinaires d'appendicite véritablement chirurgicale, on peut dire que, le plus souvent, l'appendicite est une maladie médicale; que chez l'appendiculaire, il n'y a pas que l'appendice malade, de là, l'inefficacité relative de l'opération si elle n'est pas suivie d'un bon traitement médical suffisamment prolongé.

d. Dans l'immense majorité des cas, l'entéro-colite et la constipation qui l'accompagne comme l'ombre suit le corps, sont dues à un trouble profond du système nerveux qui, avant l'apparition de l'entéro-colite et de la constipation, a traduit son malaise par des plaintes variées. La malade, avant d'en arriver à la phase intestinale a eu une phase migraineuse, une phase céphalique, une phase stomacale. Ces diverses phases se succèdent ou coexistent.

Quelquefois, c'est un vice d'alimentation qui a provoqué la maladie, il faut même souvent la faire remonter à la plus tendre enfance. Un enfant mal nourri au biberon qui a plus tard été gros mangeur, à ventre proéminent, qui à cette période a fait l'orgueil de ses parents, est par avance condamné à devenir un abdominal s'il continue à avoir un régime malfaisant, s'il prend des drogues incendiaires et surtout s'il se purge à outrance au moment où apparaîtra la constipation; il arrivera vite à l'entéro-colite et à la constipation opiniâtre; il n'en sortira qu'à partir du jour où il cessera toute médica-

tion intempestive et où il adoptera le régime alimentaire qui lui convient : ce régime variera suivant la phase de la maladie, dans le courant même du traitement suivant une foule de circonstances, de sorte qu'il est impossible dans une étude d'ensemble de préciser le régime qui convient à un cas déterminé. Ce qu'on peut dire cependant c'est que en général, le lait est détestable chez les malades gravement atteints. On en guérit la moitié rien qu'en leur supprimant le régime lacté qu'ils s'étaient imposés ou qu'on leur avait prescrit ; 2° qu'il faut les alimenter souvent, toutes les deux heures en moyenne, leur donner une alimentation reconstituante ;

3° Qu'il faut leur conseiller le repos après les principaux repas et en général peu d'exercice.

4° Chose importante, ne pas longtemps continuer le même régime, savoir le varier et arriver vite au régime ordinaire des gens bien portants.

Mais j'hésite à en dire davantage sur ce point, tant je comprends combien forcément, sont vagues toutes ces indications qui varient d'un malade à l'autre et d'une semaine à l'autre chez le même malade.

Ce qui ne doit pas varier c'est le précepte formel donné au malade de ne pas se préoccuper de sa constipation à n'importe quelle phase de la maladie. Il lui suffit de se présenter à la garde-robe tous les matins à la même heure. Cependant comme il faut tenir compte de son état mental et un peu aussi de la mentalité de l'entourage, on peut autoriser un lavement à prendre le matin du 3e jour de présentation inefficace à l'heure réglementaire de la présentation, lavement qui sera gardé 5 minutes seulement. On peut encore, si l'on croit devoir faire de grandes concessions, permettre au malade le soir du 3e jour de présentation inefficace un lavement d'huile, non pas avec 200 ou 300 gr., mais avec 4 ou 5 cuillerées à bouche d'huile pure, lavement destiné à être gardé toute la nuit. Si l'on y ajoute une forte dose de suggestion, ce lavement aura pour le lendemain matin un effet magique. Des applications chaudes ou froides suivant les cas sur le ventre pendant la nuit rendent de véritables services.

Les pilules de belladone, d'après la formule de Trousseau, sont également recommandables; elles ont tout au moins l'avantage de ne pas être nuisibles.

Mais un agent véritablement utile c'est le liquide orchitique de Brown-Séquard, c'est de la bouche même du savant professeur que je tiens ce renseignement et je me rappelle encore comme si c'était hier le jour où il me disait ces paroles :

« De tous les services que m'ont rendu à moi-même mes injections de suc orchitique, celui que je place en première ligne, bien avant tous les autres, c'est qu'elles m'ont guéri d'une constipation opiniâtre, et, ajoutait l'illustre maître, il faut avoir été comme moi torturé par la constipation pour savoir toutes les angoisses qu'elle occasionne ».

Or il faut remarquer que l'autosuggestion n'a joué aucun rôle dans la circonstance, car M. Brown-Sequard ne s'attendait pas le moins du monde à cet effet des injections de liquide orchitique.

Pour moi, utilisant ce précieux renseignement, j'ai traité et je traite encore par les injections de liquide orchitique les grands neurasthéniques atteints de constipation opiniâtre avec entéro-colite.

e. Chez certains malades, le trouble abdominal est provoqué ou entretenu par un manque ou par un excès d'exercice musculaire. Il est des hommes qu'on pourrait appeler des « musculaires », qui ont besoin de beaucoup d'exercice. S'ils n'en ont pas assez, ils deviennent malades, et suivant les prédispositions héréditaires, ils deviennent des cérébraux, des abdominaux, des goutteux, des lithiasiques. A tous ces malades que faut-il ? De l'exercice bien dosé, des voyages, du changement d'air, de la dromo-

thérapie, etc..., et leur constipation disparaît à partir du jour où l'on a trouvé le dosage précis de l'exercice qui leur convient. Chez ceux-là, le régime alimentaire passe au second plan, et ce qui peut leur arriver de plus malheureux, c'est de trouver un médecin qui leur impose un régime trop sévère ou trop prolongé. Bien plus nombreux à notre époque sont les hommes et surtout les femmes qui deviennent malades par excès d'exercice, avec la manie des sports ou par le fait d'un entraînement mal compris. J'en ai rencontré beaucoup dans l'armée : chez les hommes jeunes, chez les soldats, le surmenage se traduit par de l'état gastrique aigu ou subaigu, mais chez les officiers par de l'état gastrique chronique avec constipation.

Chez les femmes, le surmenage mondain, les excès de fatigue aboutissent au même résultat. A tous ces malades que faut-il ? Le bon sens répond qu'il faut du repos, de là les merveilleux résultats de la cure de repos au lit, de l'isolement, etc...

Les malades les plus difficiles à guérir sont les psychiques et ce sont malheureusement les plus nombreux. Chez eux le trouble abdominal n'est que l'élément secondaire. Or à la maladie psychique, il faut un traitement psychique, c'est là que se révèle le vrai médecin, mais il faudrait un volume pour entrer dans les détails de la psychothérapie.

Ces psychiques finissent par guérir ou tout au moins par s'améliorer assez pour avoir une vie acceptable, faire disparaître leur constipation n'est que jeu d'enfant, mais ceux qui font le désespoir de la médecine, ce sont les malades dont le cerveau a été ébranlé par une choc brutal, choc moral ou choc traumatique. Le choc traumatique en particulier crée de toutes pièces des états morbides, n'ayant de véritable nom dans aucune langue et qu'on classe faute de mieux sous l'étiquette de neurasthénie hystéro-traumatique. J'ai connu un officier, admirablement portant, qui, à la suite d'une chute de cheval sur la tête, entra à toutes voiles dans la neurasthénie. Ce furent d'abord des troubles cérébraux, douleurs de tête, amnésie, changement d'humeur, etc., puis très peu de temps après l'estomac, puis l'intestin entrèrent en scène et aujourd'hui encore après 10 ans, ce malheureux est atteint d'entéro-colite avec constipation et misères sans nombres qui font de sa vie un supplice. Il a été soumis aux traitements les plus méthodiques et les plus rationnels et il est toujours aussi malade.

Fort heureusement ces cas sont exceptionnels et l'on peut dire que toujours les malades constipés, avec ou sans entéro-colite parviennent à être grandement soulagé ou à être guéris par un traitement méthodique, à la condition formelle que l'on ne s'acharnera pas à traiter leur constipation.

C'est ce que je voulais indiquer dans cette note à la fois trop longue et trop courte, trop longue pour une communication à une Société savante, où le temps est à très juste titre mesuré aux orateurs, trop courte si l'on envisage l'importance du sujet, qui embrasse toute la pathologie et toute la thérapeutique.

NOUVELLES CONQUÊTES DE LA THÉRAPEUTIQUE OCULAIRE

Par le Dr A. Darier,
Ancien Président de la Société d'Ophtalmologie de Paris.

Sommaire : *Injections intra-veineuses et sous-conjonctivales de salicylate de soude. — Iodure de potassium et cataracte. — Les lymphagogues oculaires : dionine, chlorure de sodium, alcool, etc.— Sérothérapie des ulcères infectieux de la cornée. — Encore un nouveau sel d'argent indolore. — Mode d'application des sels d'argent. — Un nouvel anesthésique : la stovaïne. — Quelques mots sur les propriétés analgésiantes du radium.*

La thérapeutique, d'un pas lent mais sûr, devient de jour en jour plus précise, plus active et plus inoffensive à la fois.

Il n'est plus permis de dire aujourd'hui qu'aux idées nouvelles il faut une génération nouvelle. Les progrès incessants de toutes les sciences concourrent à nous apporter tous les jours des documents nouveaux qui transforment nos méthodes thérapeutiques ; et il devient vraiment indispensable de créer dans tous les grands centres des cours de perfectionnement pour les praticiens que leurs occupations journalières distraient de l'étude des procédés nouveaux dont l'application, quoique souvent très simple, demande cependant des connaissances nouvelles et spéciales. On ne peut plus en rester à ce qu'on a appris à l'Ecole.

Il n'a pourtant pas fallu moins de 15 ans à cette idée si simple de la thérapeutique oculaire locale par les injections sous-conjonctivales pour arriver à être admise par la généralité des ophtalmologistes. Et de cela la faute en est exclusivement aux expérimentateurs de laboratoire qui, n'ayant pu trouver dans les liquides intraoculaires les substances injectées sous la conjonctive, en étaient venus à nier de la façon la plus antiscientifique et la plus enfantine toute action thérapeutique au mercure injecté autour du bulbe oculaire. Et pourtant les résultats obtenus étaient frappants, indéniables.

Mais il est un fait constant, c'est que toutes les grandes découvertes, en pathologie et en thérapeutique, ont été faites par l'observation clinique, l'expérimentation ne venant que bien plus tard confirmer à travers mille obstacles, les faits établis au lit du malade.

Combien d'années a-t-il fallu pour donner la preuve expérimentale de la nature infectieuse de la tuberculose pulmonaire si bien établie par Villemain ?

Que de discussions firent naître les observations si précises de Broca sur les localisations cérébrales ! l'opothérapie comme la révulsion, consacrées par des centaines de d'années d'expérience, commencent à peine aujourd'hui à trouver un soupçon d'explication physiologique !

Mais, pour en revenir à l'ophtalmologie, les physiologistes pourront-ils jamais nous donner l'explication exacte du mode d'action de l'iridectomie dans le glaucome, découverte purement clinique et empirique qui a établi l'immortalité du génial de Graefe.

Ne nions donc jamais un fait par la seule raison que nous ne pouvons pas l'expliquer ou ne le comprenons pas.

*
* *

Au dernier Congrès international d'ophtalmologie de Lucerne, presque tous les orateurs ont été d'accord pour déclarer que la thérapeutique locale par les injections sous-conjonctivales constituait un moyen d'action puissant dans nombre d'états pathologiques.

Cet engouement tardif mais peut-être un peu excessif est venu en grande partie de la découverte de l'acoïne qui rend à peu près indolores les injections sous conjonctivales. (Il est vrai que certains nient encore le pouvoir analgésique de l'acoïne parce qu'ils ne

l'ont pas employé à doses suffisantes ou que, se servant de sublimé qui la précipite, ils n'ont pu en faire usage).

Ce qu'il nous reste à faire aujourd'hui c'est moins de trouver de nouvelles substances à injecter que d'établir les indications précises des cas dans lesquels cette méthode thérapeutique est appelée à rendre de réels services, de façon à ne rien laisser au hasard.

Tout d'abord, posons en principe que l'injection sous-conjonctivale ne doit pas être considérée comme une panacée universelle, comme une médication banale ; non, c'est une méthode d'exception, une petite intervention quasi chirurgicale, qu'il ne faut appliquer qu'à bon escient, là où d'autres moyens plus simples sont reconnus insuffisants, ou bien dans les cas où il s'agit d'obtenir une action rapide et intensive, alors que l'on a tout lieu de redouter de très graves complications.

Pour ma part, depuis 15 années que je pratique les injections sous-conjonctivales, voici quelles sont les principales indications que je commence à pouvoir discerner en prenant en considération le mode d'action assez complexe des substances injectées sous la conjonctive. On peut admettre :

1° Il y a d'abord irritation locale avec soustraction d'humeur aqueuse à travers le canal de Schlem et les espaces de Fontana par anisotonie des liquides (A. Darier).

2° Cette irritation provoque en outre une hyperémie du corps ciliaire et, consécutivement, une nouvelle sécrétion d'humeur aqueuse plus riche en albumine et en Schutzkörper (Wessely).

3° Il se produit ensuite un équilibre isotonique qui permet la résorption des substances injectées, celles-ci agissant alors localement suivant leurs propriétés pharmacodynamiques spéciales ; anesthésiques, mydriatiques, lymphagogues, antiseptiques, spécifiques, etc. (A. Darier).

Cette manière de concevoir l'action des substances injectées sous la conjonctive fera sortir de l'ornière étroite dans laquelle on l'a trop souvent confinée la thérapeutique locale, qui n'est plus aujourd'hui préconisée par les ophtalmologistes seulement, mais par tous les praticiens, à la tête desquels s'est mis résolument M. le Pr Ch. Bouchard.

Cet être éminent a établi ce que nous avions dès longtemps prévu, c'est que le mercure ou l'iodure de potassium injectés au niveau des lésions spécifiques, de même que le salicylate de soude injecté au pourtour d'une articulation malade, agissent vingt fois plus énergiquement que par absorption stomacale.

Santini, plus récemment (*Berlin. Klin. Ther. Woch.*, 6 septembre 1904), a obtenu dans le rhumatisme des résultats meilleurs encore (et cela se comprend facilement) en injectant le salicylate dans l'articulation elle-même.

Les oculistes ont dès longtemps injecté le salicylate sous la conjonctive (Van Moll, *Klin. Monatsbl.*, 1892) dans les affections oculaires d'origine rhumatismale.

Personnellement, j'ai fait relativement peu de ces injections parce que : 1° il est difficile d'affirmer scientifiquement l'essence rhumatismale d'une lésion oculaire ; 2° nous possédons déjà d'assez nombreux moyens de guérir dans la plupart des cas les affections rhumatismales de l'œil, sans qu'il soit nécessaire de recourir à une intervention assez douloureuse en soi.

Le salicylate de soude administré avec une prudente énergie donne en effet dans ces cas des résultats déjà très satisfaisants, et l'aspirine (acide acétyl-salicylique) vient encore corroborer son action analgésiante, tout en provoquant beaucoup de troubles concomitants.

Mais l'action plus ou moins nocive des préparations salicylées sur l'estomac et les centres nerveux de certains individus (bourdonnements d'oreille, hallucinations, etc.), a

jeté à juste titre dans le public un certain discrédit sur l'ingestion stomacale de ces précieux agents thérapeutiques.

Or, il est un mode d'administration médicamenteuse qui n'a pas reçu encore toute l'attention qu'elle mérite : c'est l'injection intra-veineuse, qui n'est pas douloureuse comme l'injection hypodermique et qui est infiniment plus sûre, plus rapide et je dirais même moins dangereuse.

Depuis longtemps déjà, à la suite de M. Abadie et d'autres, je n'administre plus le mercure que par voie veineuse ; et depuis la publication de Mendel (1), j'emploie journellement le salicylate en injections intraveineuses avec le plus grand succès. Voici la formule que je recommande :

Salicylate de soude	2	grammes
Caféine	0	— 20
Eau stérilisée	10	— »

Un à trois c.c. en injection, tous les jours, dans une des veines de chacun des plis du coude alternativement.

La technique des injections intra-veineuses est aujourd'hui classique ; pour ceux à qui elle n'est pas encore familière, ils en trouveront la description dans mes *Leçons de Thérapeutique Oculuire* dont la 3e édition va paraître prochainement.

Par ce moyen, j'ai réussi dans bien des cas à amener une amélioration très rapide dès les premières injections, alors que le salicylate et l'aspirine par voie stomacale n'avaient procuré qu'un mieux de courte durée. Il s'agissait d'iritis, d'iridocyclites graves, de kératites et de sclérites ayant résisté à de multiples interventions.

Nous voilà donc assez bien armés contre les affections rhumatismales de l'œil dans leurs plus nombreuses manifestations. Néanmoins, les injections sous-conjonctivales de salicylate de soude trouveront encore les mêmes indications générales que nous avons établies plus haut ; elles seront applicables dans tous les cas où les autres médications n'ont pas réussi et aussi toutes les fois qu'il sera nécessaire d'amener une amélioration très rapide pour une raison qui justifiera une intervention énergique.

Au fond ce n'est pas que l'injection sous-conjonctivale d'une solution de salicylate de soude à 1 0/0 soit très irritante ou très douloureuse, non, mais chacun sait combien violentes et rebelles sont parfois les réactions sur des yeux atteints de ces affections rhumatismales qui récidivent avec une facilité extraordinaire.

Le Dr Foucher, de Montréal, dans le numéro 5 de l'*Ophtalmologie Provinciale*, cite plusieurs cas d'iritis rhumatismales améliorées considérablement par une ou deux injections sous-conjonctivales de salicylate de soude à 1 0/0.

Et M. Roy, dans les *Annales d'Oculistique*, publie aussi cinq autres observations d'iritis guéries par des injections sous-conjonctivales et temporales de salicylate de lithine.

Mais, je le répète, ce mode d'administration du saliclyate ne doit pas être considéré comme la méthode de choix, mais plutôt comme une ultime et très précieuse ressource.

C'est ainsi que dans un cas des plus intéressants j'ai dû la guérison définitive à 2 injections sous-conjonctivales de salicylate de soude.

Il s'agissait d'une kératite maculeuse interstitielle de l'œil droit d'origine rhumatismale avec douleurs ciliaires et photophobie ; trois grammes d'aspirine par jour et des compresses chaudes amenèrent une amélioration rapide et enfin au bout de 2 mois la guérison était complète. La thérapeutique dans ce cas confirma par ses effets le diagnostic posé sans trop de certitude.

(1) *Münch., klin., Woch*, août 1904.

Or, 6 mois plus tard, l'œil gauche se prit de la même façon, avec des douleurs plus vives, une infiltration cornéenne plus marquée et une poussée iritique évidente.

L'aspirine diminua les douleurs, mais pour quelques jours seulement; le salicylate de soude étant mal supporté par l'estomac, je l'appliquai par injections intra-veineuses et cela avec un succès tout d'abord extraordinaire. Le soir même de la première injection, toute douleur avait disparu et la cornée s'éclaircit d'une façon très marquée.

Après 12 de ces injections de 0 gr. 50 à 0 gr. 60 de salicylate (une tous les 2 ou 3 jours), il y eut de nouveau un état stationnaire et encore quelques petites douleurs. Je fis alors, à 4 ou 5 jours d'intervalle, 2 injections sous-conjonctivales de la solution suivante :

Salicylate de soude	0 gr. 10
Chl. de cocaïne	0 gr. 20
Eau distillée	20 grammes

une pleine seringue de Pravaz.

L'effet fut remarquable et, à partir de ce moment, la malade se considéra comme guérie et cessa tout traitement. La cornée s'éclaircit très rapidement et la vision redevint normale.

Le même résultat eût-il été obtenu si les injections sous-conjonctivales avaient été appliquées dès le début du traitement? C'est possible, mais dans ce cas, il eût été nécessaire de compléter ce traitement local par une médication générale, sous peine de voir se produire de graves récidives, contre lesquelles on n'aurait peut être pas eu les mêmes chances de succès avec ces mêmes injections sous-conjonctivales. A mon avis, mieux vaut procéder en employant d'abord les moyens les plus simples, en se guidant sur l'évolution du processus morbide et des effets thérapeutiques obtenus.

Il est des cas cependant où il peut être indiqué d'agir dès le début avec une grande intensité et de procéder dès l'abord à l'injection sous-conjonctivale, soit qu'il s'agisse d'un client de passage dont le temps est limité, soit qu'on ait affaire a un cas ayant résisté à de nombreux traitements. On sera alors bien heureux de pouvoir faire espérer une amélioration rapide, si ce n'est une guérison que l'on pourra du reste consolider et confirmer par les injections intraveineuses de salicylate de soude.

*
* *

Les injections sous-conjonctivales de salicylate de soude ont donc dès maintenant des indications assez particulières et assez précises quand l'étiologie rhumatismale est une fois bien établie.

Le benzoate de lithine a donné par la même voie de très bons résultats dans les infiltrations calcaires de la cornée (Mazet. Oliveres).

L'iodure de potassium en instillations préconisées par le Dr Badal avait jusqu'ici une action très discutée sur les opacités cristalliniennes : ce même agent avait pourtant été prescrit à l'intérieur à doses assez élevées par certains auteurs pour activer la résorption des masses corticales après l'extraction de la cataracte ou du cristallin transparent chez les myopes.

J'avoue n'avoir pas cru beaucoup à ce moyen et pourtant il m'est arrivé parfois de voir l'acuité visuelle s'améliorer sous l'action prolongée du collyre suivant :

Iodure de potassium	0 gr. 15
Iodure de sodium	0 — 15
Eau distillée	10 —

Une goutte dans l'œil 6 à 8 fois par jour.

J'ai remarqué aussi que, chez les malades qui ont continué pendant de longs mois ces instillations sans succès apparent, le cristallin lors de son extraction était notablement plus petit qu'une cataracte ordinaire.

Si vraiment les résultats annoncés par les injections sous-conjonctivales de IK. se confirment, nous aurons de ce fait une nouvelle preuve de l'action directe sur les tissus intra-oculaires des substances injectées sous la conjonctive: car jusqu'à ce jour on n'avait trouvé encore aucun moyen d'agir sur les opacités cristalliniennes. On en a bien vu se résorber spontanément (cataractes traumatiques peu avancées et parfois même cataractes séniles simples). Mais on n'avait encore jusqu'ici jamais pu provoquer la résorption d'opacités cristalliniennes par un traitement médical quelconque.

Aujourd'hui que nous sommes bien outillés pour faire des études sérieuses sur ce sujet, il est certain que nous arriverons bientôt à une démonstration concluante, positive ou négative :

1° Nous avons en effet, aujourd'hui, un moyen très simple de voir notre propre cristallin et de le faire voir aux malades intelligents qui peuvent en dessiner les impuretés et les opacités (1);

2° Par voie sous-conjonctivale, il nous est possible de faire pénétrer dans les milieux oculaires telle substance que nous croirons capable de dissoudre les opacités cristalliniennes.

En 1893, j'ai déjà fait des tentatives pour éclaircir des opacités cristalliniennes centrales par des injections sous-conjonctivales de NaCl à 0,75 0/0. Le résultat fut relativement encourageant. La vision s'améliora un peu, l'opacité parut moins marquée. Je suivis le malade pendant 4 ans sans voir la cataracte progresser.

Mais ce n'était pas là un résultat assez concluant pour autoriser la continuation d'un traitement assez compliqué en somme; aussi y avais-je renoncé.

Aujourd'hui, l'iodure de potassium paraît devoir donner des résultats beaucoup plus manifestes.

Le Dr Verdereau, de Madrid, m'a affirmé avoir observé plusieurs cas d'opacités cristalliniennes qui auraient disparu après quelques injections sous-conjonctivales d'iodure de potassium. Si ces faits sont confirmés par plusieurs observateurs qui auront dessiné leurs opacités cristalliniennes avant et après le traitement, nous aurons là une preuve à peu près concluante de l'action résolutive de IK. en injections sous-conjonctivales sur les opacités cristalliniennes.

***

C'est une question bien intéressante, mais pas nouvelle, que celle de l'action de l'*iode* sur les tissus oculaires sains ou morbides.

Le regretté Pr Pflüger, de Berne, avait le premier fait ressortir l'excellence des résultats obtenus par les injections sous-conjonctivales de trichlorure d'iode dans les processus inflammatoires aigus, tandis que dans les affections chroniques il donnait la préférence à l'iodure de sodium. D'autres ont vanté les injections iodoiodurées, puis les injections d'iodate de soude; mais aucun de ces auteurs n'a spécifié bien nettement les indications particulières aux injections iodées.

Schiele (2), dernièrement, a vanté l'iodate de soude (Natrium Iodicum) à 1 0/00 pour ses qualités analgésiantes et résolutives. Dans l'iritis et le glaucome, il aurait obtenu une sédation marquée de la douleur et une diminution de l'hypertension. Pour lui, il y aurait formation dans les milieux oculaires d'iode à l'état naissant qui aurait une action puissante sur les affections syphilitiques, rhumatismales ou tuberculeuses.

Mais c'est là un déterminisme encore peu précis et il faudra de nouvelles expériences pour bien établir les mérites respectifs et les indications particulières à chaque préparation iodée.

Ce que je puis affirmer personnellement, c'est que dans un cas de glaucome double presque absolu, une seule injection sous-conjonctivale d'iodate de soude amena un éclaircissement rapide de la cornée. Le premier œil était perdu depuis 8 jours par hémorragie expulsive après iridectomie. Il ne pouvait être question d'opérer le deuxième œil et pourtant le malade ne voyait plus à se conduire, l'ésérine ni la pilocarpine ne pouvaient faire contracter la pupille. La dionine puis l'adrénaline n'avaient eu qu'une action passagère; la cornée était déjà toute dépolie. Je ne voyais plus aucun espoir quand il me vint à l'idée de faire une injection sous-conjonctivale d'iodate de soude.

Le résultat fut des plus surprenants : dès le lendemain la cornée était devenue complètement transparente, la pupille était bien contractée par le collyre à la pilocarpine; le champ visuel s'était notablement agrandi et le malade commençait à pouvoir se conduire et à reconnaître ses parents, mais ce n'est pas là une guérison; l'avenir de cet œil est peu brillant. Des faits de ce genre : glaucome guéri ou amélioré par des injections sous-conjonctivales de Na Cl ont déjà été publiés. Il est probable que c'est l'action lymphagogue de la substance injectée qui rétablit l'équilibre de la tension. Il serait bien difficile d'expliquer ces faits par la théorie de Wessely qui veut que l'injection agisse en provoquant une congestion des procès ciliaires qui activerait la sécrétion de l'humeur aqueuse et par conséquent augmenterait encore la tension intraoculaire. Mais peu importe l'explication; l'essentiel est que nous trouvions dans les injections sous-conjonctivales un nouveau moyen de parer aux accidents glaucomateux dans les cas où l'iridectomie est contre-indiquée.

*
* *

Si nous voulons étudier les indications les plus simples des injections sous-conjonctivales, nous les trouverons d'abord dans l'infection traumatique légère de la cornée, dans l'érosion épithéliale avec zone d'infiltration grise tout autour.

La dionine, dans ces cas, par l'afflux de lymphe et de leucocytes (antitoxines et anticorps?) qu'elle provoque, nous permet déjà de pratiquer l'antisepsie physiologique par excellence, et depuis quatre ans je ne néglige jamais dans tous les traumatismes, d'instiller une ou deux gouttes de solution de dionine à 5 0/0, prescrivant en outre le collyre suivant, dans les cas qui ne nécessitent pas l'application d'un pansement.

Dionine,.....	0 gr. 10
Chlorure de cocaïne,.....	0 gr. 10
Solution de Cn Hg. 1/1000 à 1/1500.....	10 grammes

Une goutte dans l'œil six à douze fois par jour suivant l'intensité de l'infection.

Si le lendemain l'infection est enrayée, on continue le même traitement, mais si au contraire, l'infiltration cornéenne fait des progrès, il ne faudra pas hésiter à avoir recours aux injections sous-conjonctivales.

A ce moment, on pourra injecter soit du Na Cl, soit de l'iodate de soude, soit de l'alcool dilué (15 cc. d'alcool rectifié sur 35 cc. d'eau distillée).

L'action de ces trois substances quand elles sont injectées sous la conjonctive est en somme de même ordre lymphagogue que l'action de la dionine, seulement beaucoup plus énergique et plus durable, semblable à celle qu'a démontrée Mellinger pour le Na Cl.

(1) Voir Darier. — De la possibilité de voir son propre cristallin (*Bulletin de la Société française d'Opthalmologie*, Paris, 1894).

(2) *Wochensch. f. Ther. u. Hygyene des Auges*, 1903.

L'alcool, au dire de Peschel (1) et d'après mon expérience personnelle, a une action très marquée sur la circulation lymphatique et sanguine de l'œil, provoquant une lymphüberschwemmung beaucoup plus marquée que celle produite par les instillations de dionine, et capable par conséquent de provoquer une résorption rapide des exsudats inflammatoires des membranes oculaires ou du nerf optique.

Je complète l'action de l'alcool injecté sous la conjonctive par un pansement occlusif à l'alcool (2) pur dont on imbibe un tampon d'ouate assez grand pour recouvrir toute la région orbitaire; une rondelle de gutta-percha est appliquée pour prévenir l'évaporation et par-dessus on fait un pansement ouaté qui maintient une chaleur durable, très propice à l'afflux sanguin et lymphatique, qui est le meilleur des moyens de résistance de l'organisme aux infections.

Ce pansement provoque d'abord une cuisson assez vive, puis une sensation de chaleur et de bien-être, à laquelle l'action analgésiante de l'alcool pourrait bien ne pas être complètement étrangère.

Ces injections et pansements à l'alcool ont le grand avantage de pouvoir être répétés fréquemment, car l'un comme l'autre ils sont très peu douloureux et l'alcool injecté sous la conjonctive se résorbe si facilement qu'il laisse très peu de trace et un soupçon de cocaïne ou de stovaïne rend l'injection tout à fait indolore. L'acoïne, beaucoup plus analgésiante, n'est indiquée que dans les cas où la substance à injecter est vraiment très douloureuse.

La possibilité d'injecter de l'alcool sous la conjonctive nous permettra en outre d'injecter par cette voie des substances insolubles dans l'eau.

Déjà les injections sous conjonctivales d'éther iodoformé ont été pratiquées; mais elles sont très douloureuses.

Cette action lymphagogue des injections de NaCl, d'iodate de soude ou l'alcool n'est pas leur seule propriété, car ces deux dernières substances sont certainement antiseptiques, et leur importance curatlve dans les infections cornéennes, dont nous venons de parler est très manifeste, et souvent après une, deux ou trois de ces injections, l'infiltration infectieuse disparaît.

Telle est la thérapeutique recommandable dans les infiltrations cornéennes légères.

Mais quand l'infection est plus sérieuse, plus virulente (surtout quand il s'agit de pneumocoques ou de streptocoques), il faut avoir recours aux injections massives de cyanure d'Hg. à 1/2000 pratiquées coup sur coup jusqu'à cessation des douleurs,

Il ne faut pas craindre dans ces cas très graves de combiner le traitement avec les galvano-cautérisations et avec la sérothérapie.

(*A suivre.*)

---

(1) *Klinische Monatsblætter*, décembre 1903.

(2) Le pansement oculaire à l'alcool a été préconisé d'abord par Schiele (*Wochensch. f. Th. u. H. des Auges*) dans la panophtalmie.

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 9 novembre 1904

Présidence de M. Mathieu

M. Faure présente une note concernant les *injections mercurielles dans les maladies nerveuses d'origine syphilitique*. Les syphilitiques paraplégiques, hémiplégiques ou tabétiques atteints concurremment d'une infection abdominale ou thoracique ne supportent pas ou supportent mal un traitement mercuriel intensif ; ces infections ne sont pas du ressort du traitement spécifique. En outre, les vieillards, les artério-scléreux, les rénaux, les débilités cachectiques, dont la perméabilité rénale est au-dessous de la normale, peuvent aussi ne pas bien tolérer le traitement intensif.

Pour les autres cas, le traitement convient et peut améliorer les tabétiques, mais il ne faut pas alors parler de guérison, car on voit persister des troubles divers et on observe d'un autre côté des rémissions pouvant durer plusieurs années. Mais, d'un autre côté, les mêmes résultats peuvent être atteints avec des traitements très peu énergiques : ces derniers peuvent devenir intensifs si on prolonge leur durée.

En résumé, n'instituer le traitement intensif que si l'état général, celui des reins, etc., le permettent.

La majorité des cas de tabès se maintient, sans mercure, dans une moyenne morbide bien éloignée de la déchéance progressive.

M. Leredde fait remarquer que la guérison des accidents spécifiques cutanés est liée à la quantité de mercure administrée ; logiquement, il doit en être de même pour les formes nerveuses. Aujourd'hui, on doit défendre ce point de vue que le traitement intensif est excellent dans les cas de tabès, et qu'il faut déterminer les contre-indications.

M. Leredde lit une note sur les *applications dermatologiques du thiol*. Ce médicament, proche parent de l'ichthyol, mais inodore, est un réducteur faible : le nombre des médicaments de ce genre est peu nombreux (calomel, oxyde jaune, soufre, ichthyol). Comme ses congénères, le thiol agit sur la couche cornée et provoque une réaction cutanée profonde, alors que les antiseptiques ordinaires lèsent la peau et ne peuvent de ce chef pénétrer en profondeur.

Dans l'eczéma aigu, le thiol agit, sous forme de pâte, non pas au début, quand la peau est encore intolérante, mais plus tard. Dans l'eczéma chronique, le topique agit très bien quand il existe du prurit : du reste, tous les prurits sont justiciables de cette médication, car elle ne provoque aucune réaction cutanée et peut être employée quand la peau est sensible. Dans les séborrhéides, l'intertrigo, les indications sont nombreuses : en revanche, l'effet est insuffisant quand les lésions sont profondes, comme dans le psoriasis. Dans les dermatites eczémateuses des nourrissons, l'utilité du thiol est de même incontestable.

M. Gallois lit une note sur le *rôle de la thérapeutique dans la genèse de l'entérocolite muco-membraneuse*. Les lavements, les suppositoires, etc., ne font qu'aggraver l'état des malades, auxquels un régime est avant tout nécessaire. On commencera par vérifier s'il existe de la diarrhée ou de la constipation, et on fera varier le régime selon les besoins, en donnant tantôt des aliments constipants (viandes, fromages) ou laxatifs (purées, légumes verts, beurre, huile).

M. Mathieu prescrit fréquemment le beurre frais, la graisse de jambon à ses dyspeptiques. Le beurre ne doit pas être cuisiné pour être facilement digestible.

M. Boymond rappelle que l'usage de graisses en grandes quantités peut provoquer la formation de concrétions intestinales dures, formées d'acides gras.

M. Chevalier lit une note concernant le *chlorhydrate d'éthylnarcéine* ou *narcyl*. Ce produit est assez soluble dans l'eau, peu toxique, analgésique et déprime l'excitabilité du pneumogastrique et du grand sympathique. Il rendra sans doute des services pour calmer la toux, et devra être essayé avant la chloroformisation pour éviter la syncope primitive.

M. Mathieu, qui prescrit d'ordinaire la codéine, à des doses de 0 gr. 06 à 0 gr. 10 pour calmer les gastralgies des jeunes filles nerveuses, a essayé la narcéine dans les mêmes conditions et aux mêmes doses, et l'a trouvée un peu moins active que la codéine, mais efficace.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Chirurgie générale

Dr BENOIT

Ancien interne des hôpitaux

Décollement traumatique des épiphyses (*XVIIe Congrès français de chirurgie*, octobre 1904). — Une importante discussion à apporté quelque lumière sur cette question peu développée jusqu'à ce jour. Tout d'abord le rapporteur, M. Kirmisson, fait ressortir la fréquence plus grande de ces traumatismes, plutôt indirects que directs (Broca). C'est depuis l'emploi de la radiographie qu'on a appris à reconnaître cette fréquence et à les différencier des fractures et luxations. De véritables fractures osseuses peuvent d'ailleurs les compliquer. Le siège le plus fréquent est les épiphyses fertiles, inférieure du fémur et du radius, supérieure du tibia et de l'humérus. Les autres extrémités n'en sont cependant pas indemnes. L'âge des malades, la surface *absolument lisse* des fragments, sont les circonstances auxquelles on s'attachera le plus pour les diagnostiquer. La réduction peut être faite par des manœuvres externes ou par une opération sanglante, suivant les cas. Il faut connaître les accidents sérieux qui sont imputables à ce genre d'accident. M. Frœlich (de Nancy) apporte des cas de complications nerveuses graves, par compression du radial, du cubital, du plexus brachial entier. M. Reboul (de Nîmes), a dû faire l'amputation de la cuisse, après un décollement dans lequel le fragment fémoral, pourtant réduit par une intervention directe, avait comprimé les organes du creux poplité, produisant ainsi la gangrène de la jambe. Les enfants qui ont la jambe prise dans les rayons d'une roue, subissent souvent ce traumatisme. Si le décollement se fait un peu plus bas que le cartilage de conjugaison, on voit des saillies formées par les fragments osseux. La conséquence de la *réparation* de ces fractures est malheureusement trop souvent le raccourcissement du membre. Le *traitement* uniforme consiste toujours à réduire, par des pressions directes sur les fragments, ou par leur coaptation chirurgicale assurée par quelques fils métalliques. M. Roux (de Lausanne) a vu un bon résultat fonctionnel, confirmé par M. Walther (de Paris), en sectionnant l'*éperon osseux* qui s'oppose à la réduction.

A. Benoit.

Redressement des gibbosités pottiques. (*XVIIe Congrès français de Chirurgie*, oct. 1904). — M. Calot condamne les appareils plâtrés ou autres qui prétendent faire de l'extension en prenant un point d'appui sur la tête et sur le bassin. A ses premiers appareils, avec *redressement brusque*, auxquels il a renoncé, il substitue aujourd'hui des *appareils à compression directe*. Ces appareils, que l'auteur nous a présentés sont, ou bien en *plâtre* ou en *celluloïd*. Ils ressemblent assez à ses premiers grands appareils, prenant les hanches et la nuque, mais ils comportent en plus *une fenêtre*, ménagée au niveau des vertèbres malades, grande comme la main ouverte, et par laquelle se fait la compression. Sur la gibbosité elle-même, on tasse l'un sur l'autre 15 à 20 carrés d'ouate, d'un centimètre d'épaisseur, maintenus par une bande de mousseline gommée humide. Tous les deux ou trois mois, on ajoute trois ou quatre carrés d'ouate. On obtient ainsi, sans cesser d'agir avec douceur, une compression très puissante et bien tolérée. Les photographies qu'il produit à l'appui de son dire, paraissent tout à fait démonstratives. La production de quelques sujets, plusieurs années après le traitement, devrait entraîner tout à fait la conviction. Nous souhaitons que le chirurgien soit en mesure d'y satisfaire.

A. Benoit.

Réduction de la luxation congénitale de la hanche par le Dr Coville, (*Annales médico-chir. du Centre*, 11 novembre 1904). — Deux nouveaux succès obtenus par la reposition non sanglante de Paci-Lorenz. Premier cas : fillette

de 2 ans, présentant une luxation congénitale gauche, avec un raccourcissement de 2 c. 1/2. La radiographie faisait voir la tête remontée, indiquant ainsi une luxation en haut. La forme de la cavité cotyloïde et le développement de l'épiphyse fémorale permettaient de porter un pronostic favorable. Voici comment opéra l'auteur: après assouplissement par massage des adducteurs et mouvements de circumduction très étendus, on put, en pressant sur le trochanter, réduire la tête, qui rentra avec le claquement habituel. Il y eut successivement trois appareils; immobilisation en abduction et rotation externe à angle droit. Quelque temps après, rotation interne et à 45°; enfin, immobilisation en rectitude. Au bout de huit mois, on laisse l'enfant marcher librement. Un mois après, une nouvelle radiographie montrait un résultat anatomique parfait. Quant au résultat fonctionnel, on ne saurait l'espérer meilleur, puisque la petite opérée marche, saute et court sans boiter.

Dans le dernier cas, il s'agissait d'une malformation plus grave chez une enfant de 4 ans. Raccourcissement de 4 cent.; articulation très résistante. Il ne fallut pas moins de trois tentatives, ruptures des adhérences, abduction forcée, propulsion du trochanter en bas en avant pour obtenir la réduction. Mais chaque fois, le résultat obtenu était assuré par l'application d'un plâtre en abduction forcée, qui facilitait beaucoup, par l'assouplissement, les manœuvres ultérieures. La tension des muscles maintient encore le membre en abduction forcée. Cette position vicieuse sera vaincue plus tard et l'auteur en conclut qu'il ne faut pas, dans l'application de cette méthode, se laisser décourager par un échec.

A. Benoit.

Luxation congénitale de la hanche (*Congrès français de chirurgie* 1904). — M. Mencière (de Reims) décrit son procédé de réduction mécanique et extemporanée de la luxation congénitale de la hanche. — De nombreuses gravures font saisir la manœuvre de son levier et les différents temps de son application. L'auteur insiste sur la mise en flexion du membre avant l'application du levier. Il insiste sur l'importance de ce fait qui, rapprochant les points d'insertion des muscles rétractés, permet au levier de localiser toute la force déployée sur un seul obstacle, la capsule, laquelle, tendue comme un voile au-devant du cotyle, empêche la réduction.

L'auteur cite des observations chez des malades de 6, 8, 9, 10, 13, 14 ans.

Chez quelques-uns la réduction manuelle avait été inutilement essayée et serait demeurée impossible sans le levier.

L'auteur termine en faisant remarquer qu'entre son procédé et celui de Lorenz, il y a plus de différence qu'entre celui de Lorenz et celui de Paci.

Il propose, pour ce procédé, le nom de réduction mécanique et extemporanée de la luxation congénitale de la hanche.

Enfin, il insiste sur un point capital, à savoir que, mathématiquement, toutes les forces employées ne passent jamais par la diaphyse du fémur, mais bien par le levier mécanique lui-même. Dans ces conditions, toute crainte de fracture se trouve écartée.

R. Blondel.

Cas de pied bot valgus équin paralytique corrigé par la ténodèse, par le Dr Solon Veras (*La pédiatrie pratique*, 15 octobre 1904). — On a décrit plusieurs méthodes pour le redressement du pied bot équin paralytique ; le traitement dépendra du degré de la difformité et de la contractilité des ligaments et des muscles. Le redressement forcé sous le chloroforme suivi de l'application immédiate d'un appareil plâtré ne donne pas toujours le résultat désiré. Pour le pied purement équin, on a employé avec un certain succès l'appareil d'Annendale et les appareils à tuteur ou à traction élastique, mais ces appareils ne sont pas applicables à tous les cas et parfois l'opération devient nécessaire. On a longtemps pratiqué l'arthrodèse, mais celle-ci n'est pas toujours indispensable et peut se remplacer par la ténodèse. Voici les conclusions de l'auteur :

La ténodèse pourrait très souvent et toujours avantageusement remplacer l'arthrodèse, car elle ne change en rien l'articulation du pied et corrige ainsi une difformité sans changer la forme du squelette.

Dans l'équinisme paralytique, les tendons de la face dorsale du pied, qui doivent être allongés par leur extension continue, sont raccourcis par la tenodèse et ramènent le pied à sa position normale ; on pourrait aussi corriger par cette opération une légère déformation en varus ou en valgus.

Dans ces derniers cas, l'auteur pense qu'il est toujours préférable de recourir à la ténodèse que de faire une opération sur les os comme on le fait lorsqu'on pratique l'arthrodèse.

Naturellement, un bon appareil contentif et des massages ultérieurs doivent compléter l'opération.

L. Jumon.

Traitement du pied bot congénital varus équin par le redressement manuel, par Mlle Cécile Dylion (*Archives de méd. des enfants*, octobre 1904). — Voici les indications que donne l'auteur sur les manœuvres orthopédiques propres à réduire la difformité et à maintenir la réduction.

Le *modus faciendi* consiste en une série de mouvements qui visent les différents points de la déformation et sont destinés à agir en sens contraire de la déviation. Pour corriger l'équinisme, on fixe avec la main gauche l'extrémité inférieure de la jambe, tandis que la main droite saisit le pied à pleine main et lui fait exécuter un mouvement de flexion exagérée, si possible, c'est-à-dire si l'articulation tibio-tarsienne est mobile; on maintient toujours le pied dans cette position. Il est quelquefois nécessaire de mobiliser l'articulation avant d'arriver à une flexion complète. Il importe aussi de veiller à ce que les mouvements provoqués aient bien leur centre d'action dans l'articulation tibio tarsienne, et non au niveau de l'articulation de Chopart, ainsi qu'il arrive si l'on n'y prend garde.

Dans le cas seulement où il existe de l'enroulement du pied, l'action de redressement doit porter aussi sur la médio-tarsienne.

Pour réduire le varus, on imprime au pied un mouvement d'abduction forcée, en relevant fortement le bord externe.

Dans un troisième temps, on s'applique à faire rentrer les saillies osseuses. L'astragale est le plus souvent subluxée en dehors. On agit sur les os déplacés en exerçant sur eux des pressions avec le pouce de la main droite, pendant que la main gauche fixe les deux malléoles. Dans tous ces mouvements, il faut maintenir le pied dans la même position pendant quelques minutes. La séance doit durer au moins un quart d'heure par membre. Il faut répéter ces manipulations tous les jours jusqu'au redressement complet, et il ne faut pas abandonner le pied bot trop tôt, au risque d'une récidive.

Dans l'intervalle des séances, pour maintenir le pied dans une bonne attitude, il est utile d'appliquer une petite attelle de gutta-percha ou de zinc, suivant l'âge de l'enfant.

Ces manipulations doivent être commencées le plus tôt possible après la naissance, car il est d'un intérêt capital de redresser le pied bot congénital, autant que possible, avant que l'enfant ait commencé à marcher. La méthode, d'après l'auteur, donne des résultats complets quand elle est bien appliquée et pendant un temps suffisant ; elle doit être employée en outre comme moyen principal, exclusif.

Par le redressement manuel, on arrive à rendre au pied non seulement ses fonctions, mais sa forme normale. Enfin, comme dernière conclusion, on remarquera que l'ancienneté de la déviation augmente la résistance ; c'est la raison pour laquelle il faut commencer le traitement le plus près possible de la naissance.

L. Jumon

Ostéotomies multiples pour genu valgum rachitique, par le Dr S. Moulonguet (*Congrès français de chirurgie*, 1904). — Il est remarquable de voir combien les ostéotomies multiples du squelette des membres inférieurs, opérations simples et bénignes, corrigent les difformités provoquées par le rachitisme et rendent des services tant au point de vue statique que fonctionnel.

Une jeune fille de 17 ans était difforme et impotente par *genu valgum* tellement accentué que, les genoux étant rapprochés, les talons étaient écartés de 35 centimètres et que les tibias, outre leur courbure latérale, avaient subi un mouvement de rotation tel que leur face interne était antérieure et que le pied droit était en équerre.

L'ostéotomie cunéiforme des tibias, avec section des péronés et ostéotomie transversale du fémur droit, a donné à cette jeune fille une statique convenable et lui a rendu la marche facile et solide.

R. Blondel.

Dangers du pneumothorax dans l'ouverture large de la cavité thoracique (*XVIIe Congrès de chirurgie*, octobre 1904). — M. Meyer (de Bruxelles) a perfectionné la chambre pneumatique de Sauerbruch. Il essaie de nous démontrer que cet appareil compliqué et non pratique, prévient l'atelectasie du poumon. MM. Delagenière et Cranwel (de Buenos-Ayres) déclarent que le danger du pneumothorax est plus théorique que réel ; on a déjà montré que si l'on modère l'entrée de l'air, le poumon se met de lui-même en équilibre.

A. Benoit.

Résection à tranchées préliminaires pour tuberculose costale, par M. Roux (de Lausanne). (*XVIIe Congrès fr. de Chir.*, oct. 1904). L'orateur n'a jamais vu, chez l'adulte, ce qui est pour nous surprendre, un foyer de tuberculose costale guéri par la résection simple, à cause des fistules intarissables que cette opération laisse après elle. Il pense donc que l'injection iodoformée, dans l'abcès costal, doit être tentée avant l'intervention sanglante. On peut être d'accord avec lui sur ce point. Mais

s'il y a abcès fistuleux, il conseille, à son exemple, d'isoler le foyer par des tranchées osseuses de 2 à 3 centimètres, taillées de chaque côté de l'os, et que l'on laisse cicatriser. Alors seulement, dans un deuxième temps, on extirpe le foyer lui-même. Il attribue la récidive dans les méthodes anciennes à la persistance, au fond de la plaie, de tranchées osseuses qui s'infectent secondairement. Il est beaucoup plus simple de ne pas en laisser, en faisant, dès la première opération, une résection sous-périostée suffisante, c'est-à-dire se terminant de chaque côté en tissus sains.

A. Benoit.

Traitement des abcès froids thoraciques, par Villar. (*Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux*, 4 novembre 1904, *in. Journ. de Méd. de Bordeaux*, 6 novembre 1904). — Les abcès froids thoraciques reconnaissent pour causes les lésions costales et les lésions pulmonaires. Cette dernière cause est peut être un peu trop souvent méconnue. M. Villar insiste sur la méthode suivante, qu'on doit systématiquement employer dans le traitement des abcès froids : incision de l'abcès, raclage de la poche, examen de la côte, surtout de sa face postérieure, sa resection, si elle est malade, exploration des plèvres, leur curetage s'il existe un foyer. M. Villar rapporte l'observation d'un cas d'abcès thoracique qui l'a conduit jusqu'à une cavité située dans le parenchyme pulmonaire qu'il a cureté et drainé.

R. Blondel.

Extraction d'un adéno-fibrome du sein (méthode esthétique), par Courtin (*Soc. de Méd. de Bordeaux*, 21 octobre 1904, *in Journ. de Méd. de Bordeaux*, 30 octobre 1904). — L'auteur présente une jeune femme qu'il a opérée d'un adéno-fibrome du sein gauche par la méthode esthétique. On sait que cette méthode consiste à pratiquer une incision sous-mammaire, quel que soit le siège de l'adéno-fibrome. Cette malade est opérée depuis huit jours, et la cicatrisation est complète.

On a fait à la méthode plusieurs objections sans grande importance, étant donné le résultat définitif. D'abord : 1° la difficulté d'atteindre la tumeur par une voie détournée ; 2° la difficulté de l'hémostase ; 3° la production d'espaces morts qui favorisent l'infection. Ce dernier inconvénient peut être évité par un tampon à la gaze et l'emploi d'agrafes de Michel pour la suture. L'hémorragie est rare, si on a le soin de lier au catgut le pédicule de la tumeur. M. Courtin ne l'a vue qu'une fois dans six cas opérés ; elle s'est arrêtée par la compression simple.

R. Blondel.

Corps étrangers des bronches et des poumons, par Martin (de Genève). (*XVIIe Congrès français de Chir.*, octobre 1904). — L'A. a montré, par plusieurs observations, que certains corps étrangers, avalés par la bouche et aspirés dans les bronches et les poumons, peuvent émigrer vers les téguments, sans causer d'accidents mortels. Tels sont, dans un grand nombre de cas, des épis de graminée. Pour l'un d'eux, il eut à inciser, six semaines après l'accident initial, un abcès de la paroi thoracique, situé en arrière, lequel contenait le corps du délit.

A. Benoit.

Traitement de l'anévrysme poplité (*Société de chir.*, 3 novembre 1904). — La discussion, une fois n'est pas coutume, a porté sur le traitement chirurgical d'une affection fréquente au membre inférieur et d'un intérêt pratique sérieux. M. Nélaton a vu un anévrysme poplité se rompre et amener la gangrène de la jambe. Il se demande si l'extirpation du sac n'aurait pas évité au malade cette gangrène et la perte de son membre. En supprimant toutes les collatérales, l'extirpation, semble-t-il, n'eût pas donné un résultat meilleur. C'est à cette occasion que M. Ricard exprime un avis contraire. Un malade de 60 ans fut traité par lui par l'extirpation. Il fallut enlever toute l'artère poplitée, du canal de Hunter à l'anneau du soléaire. Il n'y eût à la suite aucun trouble circulatoire, ce qui ne paraît pas l'avoir surpris outre mesure. Peut-être connaissait-il les travaux de M. Delbet sur la matière. D'après cet auteur, *plus un anévrysme est ancien et saillant, plus il est indiqué de l'extirper*. Comme technique opératoire, rien de particulier, mais il faut donner aux malades le traitement antisyphilitique intensif et choisir, pour opérer, le moment où la tumeur paraît en voie de rétraction (si tant est qu'on y parvienne).

Par contre, il semblerait que, plus un sac est petit et récent, plus on risque en opérant, la circulation collatérale n'étant pas suffisamment établie. Il n'en est rien, suivant M. Guinard. En liant l'aorte thoracique vers la sixième vertèbre dorsale, il a eu l'occasion de constater des battements dans la fémorale quelques heures après. L'opinion de M. Delbet ne semble pas devoir être infirmée par ce fait exceptionnel.

A. Benoit.

Traitement des varices par la ligature et la thrombose artificielle, par Tavel (*Corresp.-Blatt f. Schweiz. Ærzte*. 1er octobre 1904). — La simple ligature sous-cutanée sans section des veines est assez souvent suivie de récidives, parce que lorsqu'il ne se forme pas de thrombose, les

deux extrémités deviennent perméables par rétablissement d'anastomoses, de sorte qu'on a recommandé les excisions entre deux ligatures. La thrombose a été signalée comme un accident de cette intervention et il y a eu un cas de mort par embolie sur 500 opérations. Cependant, il s'agit d'une complication assez rare, qui est même heureuse en ce que c'est précisément dans ces cas qu'il n'y a pas de récidive et qu'on observe les meilleurs résultats. Aussi Tavel s'est-il décidé à provoquer la thrombose lorsqu'elle ne se produisait pas naturellement.

La ligature de la saphène doit être faite au-dessus du genou pour les varices de la jambe, mais si les varices remontent jusqu'au genou ou au-dessus, il faut faire la ligature près de l'embouchure de la saphène dans la fémorale. La ligature ne joue ici que le rôle d'une barrière contre la propagation de la thrombose, et ne sert qu'à interrompre momentanément la circulation, tandis que la thrombose, artificielle ou spontanée, amène l'oblitération des cordons veineux. Partant de ce point de vue, il serait inutile de faire la double ligature et l'extirpation des veines, sauf dans les cas où la ligature sous-cutanée est impossible. Lorsque la saphène est bien visible chez les individus maigres, on peut employer le procédé suivant : A l'aide d'une aiguille courbe à arête vive, on introduit au-dessus de la veine un fil de soie à plusieurs doubles et on ressort par l'orifice d'entrée avec le même fil après avoir passé sur la veine. Celle-ci se trouve dans une anse de fil dont les deux bouts se trouvent dans l'orifice de la piqûre. On noue solidement, on coupe les bouts et on enfonce le nœud dans l'orifice. Ce procédé n'est pas pratique chez les sujets gras, il faut savoir faire la ligature transcutanée. Mais celle-ci même n'est pas toujours facile, parce que les veines ont des trajets variables : une ligne, tirée du bord postérieur du condyle interne du genou, jusqu'au ligament de Poupart correspond assez bien au trajet de la saphène interne, qu'on cherche en général trop en avant.

Une fois que la ligature est faite, on attend deux jours pour voir si la thrombose spontanée se produit. Si celle-ci ne se produit pas, on la provoque artificiellement. On enfonce l'aiguille de la Seringue de Pravaz dans la partie de la veine où l'on veut provoquer la thrombose, on aspire un peu de sang pour s'assurer qu'on est bien dans le vaisseau, et on injecte une, deux ou trois gouttes d'une solution d'acide phénique à 5 0/0 ; la thrombose est effectuée le lendemain On peut traiter plusieurs points dans une même séance, c'est ainsi que Tavel a fait, dans un cas, 39 injectons en dix-huit jours. On renouvelle ces injections tous les deux ou trois jours si la réaction inflammatoire n'est pas trop intense : jamais il n'y a eu d'élévation de température.

La douleur provoquée par l'injection est variable : quelques malades n'ont rien senti, une femme nerveuse a éprouvé des douleurs très vives. Mais ces douleurs ne durent qu'une ou deux minutes. La thrombose s'accompagne d'une tuméfaction et d'une rougeur légère de la peau ; il n'y a pas eu de troubles subjectifs ni d'accidents. Le traitement des hémorrhoïdes par les injections d'acide phénique est d'ailleurs rarement accompagné d'accidents. Comme la ligature est facile et qu'elle donne une assurance complète contre l'embolie, il vaut mieux la faire. L'opéré enfin se lève plus tôt. Il est inutile dans la suite de faire porter des bas.

L. Jumon.

Sur les résultats éloignés des opérations pour les veines variqueuses des membres inférieurs, par Robert Kennedy (*Brit. med. J.*, 29 octobre 1904). — La statistique de l'auteur comprend 24 cas qu'il a opérés et qu'il a pu suivre. Dans deux cas, les varices seules ont été enlevées, soit huit et neuf pouces de veines dilatées au-dessous et au niveau du genou. Ces deux cas ont récidivé quelques mois après l'opération, et la récidive était complète au bout d'un an. Dans sept cas, les veines dilatées furent enlevées au-dessous du genou : quatre à huit pouces de la saphène interne furent excisés au-dessus du genou. Ces cas furent examinés de trois à sept ans après l'opération et le résultat ne fut parfait que dans un seul. Dans un cas, la récidive fut complète au bout de sept ans. Dans cinq autres, les varices étaient plus ou moins visibles, mais les symptômes qui en dépendaient avaient disparu. Dans quatorze cas, les principales varices au-dessous du genou avaient été enlevées avec une grande partie de la saphène. Au bout d'un an et demi à cinq ans, il n'y avait eu aucune récidive et il n'existait aucun trouble, même après une station debout prolongée.

L'opération qui donne les résultats les plus stables et les meilleurs est celle qui extirpe non seulement les varices, mais aussi le tronc de la saphène interne à la cuisse, surtout si l'on enlève une grande étendue de cette veine. Il pourrait cependant survenir une récidive sur les anastomoses existantes, mais l'auteur ne l'a pas observée dans ces conditions. Des malades n'ont présenté aucune dilatation variqueuse longtemps après l'opération et pouvaient soutenir sans aucune incommodité de longues fatigues.

L. Jumon.

Traitement des tumeurs solides du maxillaire supérieur (*XVII*e *Congrès français de chirurgie*, octobre 1904). — M. Jacques (de Nancy) a pu guérir définitivement des tumeurs sarcomateuses du maxillaire supérieur par la *résection partielle*. M. Morestin (de Paris) pense aussi que cette intervention, beaucoup moins mutilante que l'extirpation totale, a donné d'indéniables cas de guérison. On nous lit d'ailleurs (Reverdin de Genève) une observation de cancer des os, dans laquelle la récidive ne s'est pas produite, bien que le chirurgien se soit contenté de faire l'extirpation partielle. Pourtant, M. Malassez avait exprimé l'avis, d'après l'examen histologique, qu'il s'agissait d'une tumeur essentiellement maligne. Le maxillaire ne serait donc pas le seul os que l'on puisse traiter de cette manière. Les sarcomes comportent, selon les sujets, un pronostic des plus variables, et les idées classiques sont reconnues journellement erronées sur ce point, de même que l'infaillibité des examens histologiques, sujette à la plus sérieuse caution.

A. Benoit.

Extirpation de la carotide primitive, de la jugulaire interne et du pneumogastrique dans un cas de cancer branchiogène (*XVII*e *Congrès franç. de chir.*, octobre 1904). — M. Ceci (de Pise) a pu sacrifier les organes ci-dessus énumérés sans trouble physiologique notable. Il avait précédemment, en opérant un cancer du cou, fait la simple ligature de la carotide primitive, sans toucher à la jugulaire. Une hémiplégie opposée fut la conséquence de cet acte opératoire. Pensant alors avec raison que la ligature simultanée de l'artère et de la veine pouvait pallier ces mauvais résultats, attribuables à un déséquilibre circulatoire, il lia ces deux vaisseaux dans le cas qu'il rapporte aujourd'hui. La résection du pneumogastrique sans accident est faite pour bouleverser bien des idées admises jusqu'à ce jour.

A. Benoit.

Du spasme de l'œsophage dans le rétrécissement cicatriciel de l'organe (*XVII Congrès français de chirurgie*, octobre 1904) M. Moulonguet (d'Amiens) a fait la *gastrostomie* à un enfant de 7 ans, qui se mourait d'inanition, pour un rétrécissement par brûlure de l'œsophage. Dès le soir même, le malade, déjà alimenté par la bouche stomacale, avalait du lait par la bouche. Dans la suite, malgré quelques accidents d'irritation aiguë qui mirent sa vie en péril, l'auteur put lui faire la *dilatation* avec succès. Il recommande de pratiquer cette dernière d'une manière progressive et non rapide.

A. Benoit.

Résultats du traitement du cancer de l'estomac par l'ablation (*XVII*e *congrès français de chirurgie*). — M. Kocher (de Berne), signale l'amélioration de ses statistiques dans ses dernières opérations. La mortalité est tombée de 44 0/0 à 17 0/0. Si l'on tient compte des affections intercurrentes, telles que des complications pulmonaires, le chiffre des décès est encore plus bas, soit de 5 0/0. *L'extirpation partielle* de l'estomac pour cancer lui a donné des améliorations parallèles à celles que beaucoup ont obtenues pour le cancer du sein. En effet, pour un malade, la survie a été de 3 ans, pour 3, de cinq ans, pour un de six ans, pour les plus anciens, de 7, 11 et 16 ans. Le fonctionnement de l'estomac n'a rien laissé à désirer et plusieurs opérés vivent encore.

A. Benoit.

Traitement chirurgical de la colite grave (*XVII*e *Congrès français de chirurgie*, octobre 1904). — M. Pauchet (d'Amiens) présente une statistique assez bonne pour des interventions portant sur le gros intestin, après échec du traitement médical, ou encore chez des gens qui n'avaient pu prolonger suffisamment ce traitement. Si la laparotomie révèle un ulcère limité, dit l'orateur, on doit l'exciser. Si la lésion est diffuse, on met le côlon au repos, soit par un *anus cæcal*, dans les cas très graves, soit par l'*iléo-sigmoïdostomie* large, faite avec suture, ou avec le bouton. On peut, d'ailleurs, faire en outre l'*exclusion unilatérale* comprenant tout le gros intestin, sauf le rectum; on est sûr ainsi d'éviter le passage des matières dans tout le segment chroniquement enflammé. Mais l'opération est aussi plus grave. Ainsi a agi M. Michel (de Nancy) qui a pu guérir, par ce moyen, chez une femme de 57 ans, une constipation datant de 25 ans, avec colite muco-membraneuse rebelle à tout traitement, Ces résultats sont à prendre en considération. Nous voulons surtout en retenir l'iléo-sigmoïdostomie, faite au bouton, en guise d'anastomose latérale ou mieux au fil, ce qui permet de la faire plus large. Cette opération où les risques sont minimes peut être proposée légitimement à certains malades intraitables par d'autres moyens.

A. Benoit.

Résection du rectum pour cancer. (*XVII*e *Congrès fr. de Chir.*, octobre 1904). — M. Depage (de Bruxelles), communique 30 cas de résection du rectum cancéreux. Mortalité opératoire de 6 0/0. Guérisons définitives 23 0/0. Survie actuelle des cas guéris : deux ans, pou

deux, trois ans, pour un, cinq ans pour un, six, neuf et onze ans pour les autres. Les résultats les plus favorables concernent les cancers les plus limités. On voit donc l'intérêt qu'il y a pour les malades à ne pas laisser passer la période où ils sont encore opérables. Ces résultats se rapprochent beaucoup de ceux obtenus pour le cancer de l'estomac.

A. Benoit.

Tumeurs hépatiques guéries par la laparotomie exploratrice (*XVIIe Congrès français de chirurgie*, 1902). — M. Barnsby (de Tours), d'après deux cas, nous donne à entendre que la laparotomie simple sera plus souvent profitable aux malades qu'on ne pourrait le croire dans les affections du foie. Dans l'un de ses faits, il trouva plusieurs bosselures, qui lui parurent être du cancer et referma le ventre. Le malade survécut et l'opération date de trois ans; on ne sent plus de tumeurs. Ayant, une autre fois, diagnostiqué un kyste hydatique du foie, il ouvrit l'abdomen et ponctionna à blanc. La guérison des troubles hépatiques suivit cette intervention.

A. Benoit.

Traitement des cirrhoses du foie par l'intervention chirurgicale (*XVIIe Congrès de Chirurgie*, 1904). — M. Monprofit (d'Angers) était chargé d'un rapport sur cette grosse question à l'ordre du jour. La *cirrhose atrophique*, entre toutes les variétés, est celle qui a le plus souvent été traitée chirurgicalement. On peut aujourd'hui se faire une opinion.

Le rapporteur exprime l'avis que, en résumé, l'opération est très souvent favorable, quoi qu'avec une forte proportion de décès. Mais la cirrhose n'est-elle pas mortelle, abandonnée à elle-même? L'intervention, on le sait, consiste à faire l'*omentopexie*, c'est-à-dire à fixer l'épiploon à la paroi du ventre, soit à la face profonde du péritoine, soit entre le péritoine et les muscles, soit enfin (moins usité) sous la peau de l'abdomen.

Ce faisant, on cherche à créer une dérivation par anastomose du *système portal* et du *système cave* : après avoir évacué l'ascite ; un pansement très compressif est fait à la suite. Il est assez facile, au cours de cet étalement du grand épiploon de commettre une faute d'asepsie: d'où suppuration fréquente. Quelquefois aussi, éventration consécutive. Tels sont les inconvénients.

Dans la discussion qui s'engage, plusieurs orateurs se montrent opposés à ce rapport favorable.

Roux (de Lausanne) n'a pas eu d'amélioration sensible. M. Lejars dit qu'il a eu, chez un malade seulement, l'occasion d'observer un bon effet à la fois sur l'ascite et sur l'évolution de la cirrhose.

D'autres encore soutiennent que le grand épiploon est très souvent rétracté en paquet, et qu'on ne peut arriver à l'étaler.

Si nous rapprochons les faits nombreux qui nous sont cités, où l'*omentopexie* a donné de bons résultats, de ces faits que l'on vient de signaler, dans lesquels la *simple laparotomie* a semblé exercer une bonne influence sur diverses affections du foie, on ne peut s'empêcher de penser qu'il y a là un ensemble, d'où peut résulter un arrêt d'évolution très appréciable. Certains cas cités par le rapporteur sont même assez démonstratifs comme faits de guérison. Son opinion s'appuie sur un plus grand nombre de faits que celle des détracteurs de l'intervention chirurgicale. Il est donc beaucoup de cas, où on peut conclure avec lui que les médecins doivent dès à présent faire profiter leurs malades de cette nouvelle conquête de l'art chirurgical. Quant aux cirrhoses hypertrophiques, on les traite par l'établissement d'une fistule biliaire, ou *cholécystostomie*.

Des statistiques probantes n'ont pas encore été faites.

A. Benoit.

Traitement des fistules biliaires (*XVIIe Congrès de chirurgie*, 1904).— M. Fournier (d'Amiens) communique des observations de fistules biliaires persistantes qu'il arriva à guérir en faisant le *cholécystentérostomie*. Cette opération semble surtout indiquée lorsque la fistule est le signe de la persistance de l'occlusion des voies biliaires. Il faut donc choisir les cas.

A. Benoit.

Accidents consécutifs à des opérations sur le hile du foie (*XVIIe Congrès français de chirurgie*, 1904). — On a l'habitude de terminer beaucoup de ces interventions par un tamponnement à la Mickulicz, surtout lorsqu'il y a eu hémorragie en nappe. M. Villard (de Lyon) nous cite deux cas, qui démontrent que cette pratique n'est pas sans danger. Il eut des accidents très graves dus à la compression de la veine porte par le tamponnement. Il lui suffit de l'enlever pour les voir cesser.

A. Benoit.

Valeur de l'examen hématologique du sang en chirurgie, (*XVIIIe congrès française de chirurgie*), octobre 1904. — M. Tuffier a fait un assez long rapport sur cette question à l'ordre du jour. Les résultats, confirmés par M. Cazin qui fit d'intéressantes recherches sur ce sujet, sont les suivants ;

L'augmentation du nombre des globules blancs, ou *hyperleucocytose* a la valeur d'un signe diagnostique de premier ordre, quand on le rencontre. Cette valeur est *positive*; ce qui implique que l'absence de ce signe n'est nullement en corrélation avec l'absence de suppuration. Au cours de ces recherches on a vu des malades atteints d'appendicite présenter de l'hyperleucocytose, malgré des températures peu élevées, et l'opérateur découvrir un abcès en intervenant. C'est dans cette dernière maladie et dans les suppurations péritonéales que le sang est le plus manifestement en hyperleucocytose.

On a pu déceler la perforation dans la fièvre typhoïde par ce moyen. Mais ici, il est prudent de s'en tenir aux signes classiques et de ne pas attendre ce signe, s'il tarde à se montrer, pour opérer. M. Sébileau reconnaît une valeur à ce signe pour les suppurations intra-crâniennes et des méninges.

Que reste-il en somme de réellement pratique à utiliser? L'examen du sang ne présente d'utilité que dans les cas, assez peu nombreux, où un abcès appendiculaire se déroberait à notre examen clinique, tandis que nous serions en présence d'un état général grave. Ce sera enfin un signe accessoire d'une plus grande valeur peut-être pour déceler les collections profondes, ne se manifestant pas par d'autres signes, ce qui est possible, quoique assez rare.

A. Benoit.

Appareil pulmonaire
Cœur et Vaisseaux

Dr G. Lyon

Ex-chef de clinique à la Faculté de Médecine

Le traitement de l'asthme par les remèdes secrets et les spécialités, par Georg Avellio (*Munch. med. W.*, 25 octobre 1904). — De tout temps les malheureux asthmatiques, dit notre confrère, ont été un champ fertile pour tous les inventeurs qui ont lancé dans la circulation leurs simples palliatifs à des prix souvent onéreux sous des formes sans cesse renouvelées. Cependant après avoir essayé un certain nombre de ces spécialités, l'asthmatique finit souvent par mettre la main sur un produit qui pour lui l'emporte sur tous les autres. C'est que le malade offre souvent ses particularités bizarres et tel d'entre eux éprouvera une aggravation sous l'influence d'une préparation de stramonium, tandis qu'un autre sera très bien soulagé par la même préparation. L'auteur classe les antiasthmatiques en quatre groupes: 1° les préparations de stramonium et d'azotate, 2° les solutions iodurées, 3° les préparations d'atropine, 4° les préparations de périplocine. On pourrait établir un cinquième groupe avec les appareils à inhalations, les jus de plantes, les purgatifs, etc., mais c'est là, pour l'auteur, une médication de dupes.

Après avoir énuméré la composition d'un certain nombre de ces spécialités et remèdes secrets, l'auteur donne quelques indications pratiques sur l'emploi des antiasthmatiques.

1° Lorsqu'un accès d'asthme se termine par une sécrétion muqueuse abondante qui produit un soulagement, toutes les préparations qui contiennent de l'iode sont indiquées.

2° Lorsqu'il ne se produit après l'accès d'asthme aucune sécrétion muqueuse ou qu'une légère sécrétion malgré la toux, il est inutile de recourir à l'iodure, il faut essayer les préparations d'atropine ou de belladone.

Les cas améliorables par l'iodure sont beaucoup plus fréquents que ceux dans lesquels on peut attendre un succès de l'emploi de l'atropine, soit à l'intérieur, soit en pulvérisations.

3° Toutes les poudres antiasthmatiques agissent de la même façon. Souvent il se produit une sorte d'accoutumance et une autre préparation très analogue de composition donne alors du soulagement. Les fumigations sont surtout efficaces chez les enfants dont les petits accès de toux dans les premières heures du sommeil peuvent être combattus par une petite fumigation, sans que les petits patients s'éveillent. Mais le médecin doit s'élever énergiquement contre les fumigations inutiles faites, par exemple, tous les soirs, dans le but de prévenir un accès qu'on redoute; on excite ainsi d'une façon inutile le centre de la toux déjà très irrité.

Enfin, lorsque le syndrome se présente sous la forme de quelques accès distancés avec de longs intervalles, l'emploi des antiasthmatiques donne souvent des résultats, mais si la respiration n'est jamais libre de bruits de râles, s'il n'y a pas de sécrétion de mucus, si la dyspnée est permanente ou s'achemine peu à peu vers l'accès d'asthme, sans cyanose, alors on ne peut plus compter ni sur l'iode, ni sur l'atropine, ni sur le stramonium. Il faut s'adresser à d'autres facteurs thérapeutiques pour obtenir un résultat durable.

L. Jumon.

Utilisation des matières grasses chez les tuberculeux (*Académie de médecine*, 2 novembre 1904). — Le Dr René Laufer, qui s'est attaché à la question du régime des tuberculeux, a commencé par l'étude des graisses. Il était

intéressant de savoir en particulier la date nécessaire pour aboutir au résultat thérapeutique *optimum* sans dommage pour l'estomac. L'influence la plus nette et la plus constante des graisses, chez les tuberculeux comme chez les individus normaux, consiste dans une action de rétention et d'épargne des matières azotées.

L'auteur a constaté que, lorsqu'on donne à des tuberculeux des graisses sous diverses formes en quantités croissantes, la courbe de l'élimination totale de l'azote (urines et fèces) s'abaisse d'abord, puis reste horizontale. Donc, à partir d'une certaine dose, la graisse n'est plus utilisée et est par conséquent inutile, au moins en ce qui concerne son action d'épargne sur les albuminoïdes.

Mais la graisse peut encore, dans une certaine mesure, se déposer en nature dans les tissus. Tenant compte de ce fait, l'auteur a donné à une catégorie de tuberculeux des graisses à fortes doses (150 à 200 grammes par jour, comprenant les graisses que contenaient les aliments eux-mêmes et les graisses surajoutées, (huile de foie de morue, beurre, huile alimentaire); à une autre catégorie, il a administré des graisses en quantités modérées (100 à 150 grammes au total) et il a étudié la courbe des poids chez ces deux séries de malades pendant une période variant de 6 à 8 mois.

Or, dans le premier cas (fortes doses), la courbe des poids s'élève d'une façon rapide et remarquable, puis atteint le plateau et reste stationnaire, enfin s'abaisse, quelquefois au-dessous du poids primitif, et cela, ou par suite de troubles digestifs, ou parce que les malades perdent l'appétit pour d'autres aliments, ou enfin par suite d'un défaut total d'utilisation; les graisses passant, comme l'auteur a pu le constater, dans les matières fécales sans être transformées.

Dans la seconde série (doses modérées), la courbe des poids s'élève lentement, mais d'une façon progressive et constante, de sorte qu'en définitive le bénéfice en poids est certain.

La dose de 100 à 150 grammes (suivant les susceptibilités) paraît être *la quantité maxima réellement utile*. Il y aura lieu d'en tenir compte lorsqu'on voudra établir le régime des tuberculeux, et de s'assurer des quantités de graisses déjà contenues dans l'alimentation, avant de prescrire un supplément de graisse, d'huile de foie de morue, par exemple.

On ne dépassera pas, avec ce supplément, une dose telle qu'elle puisse être non seulement inutile, mais nuisible.

L'auteur poursuit ses recherches en ce qui concerne les hydrates de carbone.

R. Blondel.

La tuberculose des ganglions lymphatiques abdominaux et son traitement. par Painter et Erving (*Amer. Medicine*, 24 septembre 1904). — D'après les auteurs, l'infection tuberculeuse des ganglions abdominaux reconnaît trois origines : l'extension directe des tissus voisins malades, l'infection par la voie sanguine, l'infection par les lymphatiques. Un foyer de tuberculose dans un ganglion lymphatique est toujours une source de dangers pour l'organisme. La terminaison fatale est souvent due à des complications. L'obstruction intestinale aiguë ou chronique n'est pas très rare. Parfois, des masses ganglionnaires atteignent un volume énorme et la rupture se faisant dans le péritoine donne lieu à une péritonite locale ou générale. Souvent la masse tuberculeuse fuse et donne lieu à un abcès migrateur.

Le traitement est général, mécanique et opératoire. Le premier est peut-être le plus important, et comprend l'emploi de tous les facteurs qui peuvent relever l'état général. Même lorsque la colonne vertébrale n'est pas directement atteinte, son immobilisation peut dans beaucoup de cas apporter du soulagement contre les phénomènes douloureux. Quant au traitement opératoire, on doit suivre les mêmes règles générales que pour le traitement des abcès ganglionnaires. On doit cependant, autant que possible, retarder l'incision en raison de la possibilité d'une infection secondaire et préférer la ponction aspiratrice à l'incision.

L. Jumon.

Traitement de l'artériosclérose, par J. Anders (*Merck's Archives*, octobre 1904). — La connaissance des causes est importante pour la conduite du traitement, l'auteur distingue l'artério-sclérose due aux agents toxiques et infectieux, celle qui relève de l'excès d'aliments hydrocarbonés ou azotés, d'une hypertension causée par le surmenage musculaire, l'artériosclérose de l'insuffisance aortique et celle qui est due à l'ingestion excessive de liquide, enfin celles qui relève d'altérations séniles.

Au point de vue prophylactique il faudra éviter l'abus des sports, mais l'exercice régulier est nécessaire pour la combustion complète des produits du métabolisme. Le maintien de l'équilibre nutritif est un puissant moyen préventif contre les processus pathologiques entrainant la dégénérescence artérielle.

Le traitement général se règlera d'après les lésions artérielles, l'état du cœur, des fonctions digestives et des fonctions rénales. Il faut se rappeler que l'alcool joue un rôle dans l'artériosclérose des goutteux.

Le traitement hygiénique comprend en premier lieu un régime approprié, mais qui ne comporte pas des règles très générales. La quantité des aliments doit surtout être diminuée chez les sujets goutteux et pléthoriques. Les individus maigres et ayant une pression artérielle peu élevée exigeront au contraire une nourriture plus substantielle et surtout des aliments gras.

Pour favoriser l'élimination de l'acide urique et urates, les goutteux doivent boire entre les repas une certaine quantité d'eau. Enfin le grand air convient spécialement à ceux qui sont sujets à des manifestations goutteuses.

L'exercice doit être modéré, il n'entraîne dans ce cas qu'une élévation faible et passagère de la pression sanguine. Le massage est un bon moyen de stimuler la circulation dans les muscles, tout comme l'exercice musculaire, avec cette différence que le cœur n'est pas mis à contribution. Le travail du cœur est diminué et la pression est abaissée. Le massage et l'exercice modéré ont encore cet effet d'augmenter la quantité des urines et de l'urée. Le massage influence encore favorablement les sécrétions glandulaires et le système nerveux. Les bains tièdes seront avantageux en abaissant la pression sanguine et en favorisant la transpiration.

Quant au traitement médicamenteux, on peut se demander s'il est capable d'arrêter les progrès de la maladie; les médicaments employés dans ce but sont la nitroglycérine, les nitrites et l'iodure de potassium. Ce dernier peut rendre des services dans quelques cas en dehors de la syphilis, mais l'auteur ne croit pas qu'il puisse abaisser la tension vasculaire dans le stade préscléreux.

Les nitrites sont peu indiqués dans beaucoup de cas dépendant de la dégénérescence sénile, il en est de même de l'artério-sclérose dans le diabète et certaines toxémies; par contre, leur action est frappante lorsque la pression sanguine est réellement augmentée et que le cœur est par la suite hypertrophié. Mais pour que l'amélioration soit persistante, il faut que l'effet des nitrites soit soutenu pendant longtemps.

L. Jumon.

Maladies du système nerveux

Dr P. SAINTON

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine.

Ex-chef de clinique à la Faculté de Médecine

Le traitement électrique de la névralgie faciale, par Zimmern (*Arch. d'électr. médicale*, 25 septembre 1904). — L'auteur attaque la névralgie *loco dolenti* par des injections hydro-électriques dans la narine du côté malade ou dans le sillon jugo-gingival.

Un bock rempli d'eau salée à 7 pour 1000 est relié par un tube de caoutchouc à une canule en verre analogue à celle qu'on utilise pour les inhalations pour l'électrisation nasale.

Pour les applications intrabuccales, la canule est allongée, aplatie et son extrémité est taillée de telle sorte que le jet liquide arrive aplati en lame dans le sillon jugo-gingival.

Un fil d'argent traverse le tube de caoutchouc dans toute sa longueur et, d'une part, vient affleurer à l'orifice de la canule, d'autre part, aboutit à une borne fixée sur le bord du bock et à laquelle vient s'attacher le réophore positif. L'électrode négative est, comme d'habitude, posée sur la nuque.

Le malade prend en main la canule et, le robinet étant semi ouvert, asperge, badigeonne la muqueuse à atteindre. L'intensité du courant peut varier de 5 à 10 mA. La durée de la séance est de une heure environ pendant laquelle il sera besoin de renouveler une ou deux fois l'eau du bock.

Il faut avoir soin de recommander au malade de ne jamais laisser la canule immobile pour éviter les eschares.

L'électrisation de la muqueuse amène une prompte diminution des phénomènes douloureux.

Pour les névralgies faciales légères, l'électrisation de la muqueuse nasale ou de la muqueuse buccale par la méthode hydro-électrique amène la guérison plus vite que les procédés externes. En quelques séances, des névralgies même rebelles datant de plusieurs mois ont complètement et définitivement disparu.

E. Vogt.

Traitement de la polynévrite, par H. Metther (*Merk's Archives*, octobre 1904). — L'intervention thérapeutique dans la polynévrite aboutit à d'heureux résultats, à condition d'en bien connaître l'origine, la nature et le stade de la maladie. La cause la plus commune est l'alcoolisme, mais la malaria, l'anémie, le plomb, les maladies infectieuses peuvent intervenir. Il est utile d'abord de renseigner le malade sur la durée et l'évolution assez longue de sa maladie, les rechutes possibles, l'influence des causes morales.

Les deux principaux points du traitement sont d'écarter la cause et de mettre le malade au repos complet. Toutes les boissons alcooliques doivent être absolument supprimées à moins que le cœur soit trop faible. On se règlera sur l'état du pouls dans chaque cas particulier,

En même temps qu'on supprime l'alcool, on le remplace par quelque stimulant, strychnine, sels ammoniacaux, etc. L'iodure de potassium sera prescrit si l'intoxication saturnine intervient. Quelle que soit la nature de l'intoxication, on facilitera l'élimination des substances toxiques par des purgations, la diurèse, la diaphorèse. Les grands bains sont excellents à cet effet. La quinine sera donnée dans les cas d'impaludisme; les salicylates sont indiqués dans la névrite rhumatismale. On songera à la possibilité des auto-intoxications. Les anémies graves, les cachexies et la sénilité associée à l'artério-sclérose, qui interviennent parfois comme cause de polynévrite, doivent être traitées d'une façon spéciale.

Le traitement mercuriel s'adresse aux cas ayant une origine syphilitique; on pourra l'essayer dans les cas douteux, mais avec beaucoup de précautions, l'emploi du mercure pouvant aggraver la névrite multiple, même chez un syphilitique. Dans ce cas on emploiera l'iodure de potassium.

Si l'affection est grave, on imposera le repos complet de l'esprit et du corps. Dans les cas aigus qui sont compatibles avec une certaine dose de mouvement, le repos doit également être complet et on ne permettra au malade de bouger que dans les cas d'absolue nécessité; le repos complet doit durer les deux ou trois premières semaines de la maladie. On ne doit pas faire non plus exécuter des mouvements passifs durant cette période. Si l'on remplit ces indications du repos et du traitement de la cause, l'affection s'arrête rapidement dans sa marche et la convalescence est plus courte. Il ne faut pas oublier que les fonctions cardiaques et respiratoires peuvent être atteintes par la maladie et que le repos est le meilleur moyen d'éviter les accidents.

Dans la première période on prescrira les bains chauds, les enveloppements chauds capables de stimuler la transpiration. Il peut être avantageux d'administrer des boissons chaudes. Le froid est toujours contre-indiqué et l'on doit entretenir dans la chambre une certaine température.

L'affaiblissement et les douleurs sont deux éléments qui attireront l'attention. On combattra le premier par un régime reconstituant et par l'emploi approprié de stimulants. Le lait, le jaune d'œuf, le jus de viande, l'huile de foie de morue doivent être largement donnés suivant les capacités digestives du malade. Les diphtériques seront alimentés à l'aide de la soude. Contre la faiblesse on aura recours au vin, à la strychnine, au camphre, à l'acétate d'ammoniaque. Contre les douleurs nerveuses et musculaires, il peut être utile de donner 1 gramme de salicylate de soude toutes les trois heures. Dana a conseillé l'extrait fluide d'ergot de seigle. Les analgésiques de la série des phénols ont une action dépressive sur le cœur et doivent être évités. Il vaut mieux recourir aux enveloppements chauds, aux applications locales de menthol ou même à la morphine.

Pendant la convalescence, le traitement consistera dans le massage et l'électricité, et les mesures propres à contrebalancer les contractures et les difformités. S'il subsiste quelque signe d'irritabilité, c'est le courant galvanique qu'il convient d'employer. Le courant faradique ne sera utilisé qu'à la fin de la convalescence. Ici prennent encore place les frictions sèches, le massage, les exercices passifs et actifs. Comme traitement : l'arsenic, la strychnine, le fer, la quinine et les phosphates; enfin, traitement hygiénique prolongé après la convalescence.

L. Junon.

Cas d'arrêt respiratoire dans tabès, par A. Lœb (*Muench. Med. Woch.*, 21 octobre 1904). — Il s'agit d'un tabétique âgé de 35 ans, ayant des douleurs gastralgiques sans vomissement, et sujet plusieurs fois à des crises consistant en perte subite de connaissance, chute, cyanose sans qu'on ait pu en déterminer la cause. Il existait en outre une toux inexpliquée et quelques troubles de la phonation sans enrouement.

Le patient fut ranimé par les tractions de la langue et la compression du thorax. Il ne paraissait pas y avoir de phénomènes paralytiques du côté du larynx. Comme on avait employé la morphine pour calmer les crises, il est possible que l'arrêt respiratoire puisse être attribué à l'action paralysante de la morphine sur le centre respiratoire, aussi, l'auteur injecta comme contre-poison un milligramme d'atropine. L'arrêt respiratoire ne survint plus, la respiration présenta seulement parfois le type respiratoire de Cheyne-Stokes. Une fois que les attaques d'arrêt respiratoire eurent disparu, les crises gastriques redoublèrent d'intensité.

Au point de vue thérapeutique, le cas montre que l'on doit employer avec prudence la morphine dans les crises tabétiques, surtout lorsqu'il existe une paralysie du larynx. Il faut alors associer l'atropine à la morphine aussi bien dans les crises gastriques que dans les crises laryngées. Du reste les injections d'atropine seules ont donné de très bons résultats chez le malade.

L. Junon.

Du vertige et de son traitement, par J. Aldrich (*Therapeutic Gazette*, septembre 1904). — L'auteur réduit aux dix formes suivantes les cas de vertige habituellement observés : 1° maladie ou trouble des canaux semi-circulaires, des nerfs de Cyon ou du cervelet ; 2° affection de l'oreille ; modification subite dans la pression barométrique, affection de la trompe d'Eustache, vertige auditif ; 3° affection organique du cerveau, paralysie générale, vertige irritatif ; 4° incoordination des impressions sensorielles reçues par le cerveau par l'intermédiaire des organes de la vue, vertige oculaire ; 5° trouble circulatoire du cerveau, vertige vasculaire ; 6° neurasthénie ou neuropsychose, vertige psychique ; 7° épilepsie, migraine, vertige équivalent ; 8° nutrition défectueuse des tissus, chlorose et anémie, hémorragie grave, shock, syncope, vertige de l'anémie cérébrale ; 9° intoxications et infections, vertige toxique ; 10° vertige stomacal, laryngé, utérin, etc., vertige réflexe.

La connaissance de ces causes est nécessaire pour instituer une thérapeutique efficace, mais l'auteur sans les passer en revue donne quelques exemples de vertige labyrinthique, tympanique, irritatif, vasculaire, psychique, toxique et reflexe. Le vertige des hauteurs est un vertige psychique qui doit être rapproché de certains types de neuropsychoses, de la phobie des espaces, par exemple.

Le traitement se confond dans tous les cas avec celui de la maladie causale.

L. Jumon.

La dipsomanie et son traitement, par Sir Howard (*Med. News*, 6 août 1904). — Pour l'auteur, la dipsomanie est une névrose fonctionnelle due à une auto-intoxication provenant d'une nutrition vicieuse, par suite de troubles du système nerveux. Rien n'indique que l'hérédité intervienne directement dans l'étiologie de la maladie. Voici ce que l'auteur considère comme traitement rationnel de l'affection. On prescrira d'abord au malade un régime dépourvu de protéides, pour éviter la formation des quantités excessives de peptones solubles et d'albumoses qui excitent le système nerveux. On institue ensuite un traitement éliminateur en donnant tous les jours un purgatif doux et un bain turc deux fois par semaine. Plus tard, on espace ce traitement.

La strychnine est donnée continuellement pendant un mois, après quelques jours de repos on la reprend pour en continuer l'usage durant deux ans ou plus. Au moment de l'attaque de dipsomanie on prescrit toutes les quatre heures 0 gr. 003 de strychnine.

Pour activer les oxydations, les malades doivent faire de la gymnastique respiratoire.

L. Jumon.

Cure de repos à l'air libre pour nerveux (*Zeitschr. f. phys. u. diæt. Therapie*, août 1904). — Van Oordt recommande cette cure, jusqu'ici prescrite surtout dans la tuberculose, dans les affections du système nerveux, en en exceptant toutefois les neurasténiques et hystériques constitutionnels, les névralgies, les migraines, les obsessions. Au contraire, dans le surmenage, les suites d'affections infectieuses graves, les troubles nerveux du tube digestif s'accompagnant d'amaigrissement, le traitement donne d'excellents résultats. L'insomnie, les névroses cardio-vasculaires (maladie de Basedow), l'irritabilité médullaire, de nombreux cas de tabès sont de même justiciables de la médication.

Nous renvoyons au travail de l'auteur pour tous les détails techniques concernant l'aménagement le plus avantageux pour un sanatorium de ce genre.

E. Vogt.

Maladies des Voies urinaires

Dr CHEVALIER

Chirurgien des hôpitaux

Ancien Chef de clinique de la Faculté.

Sur une variété d'incontinence nocturne d'urine, par Bazy (*in Bull. Soc. Chir.*, 1904, p. 821) — A côté des diverses variétés de l'incontinence nocturne d'urine Bazy décrit celle qui est symptomatique de la pyélite et de la pyélonéphrite.

C'est, ou de l'incontinence vraie d'emblée, ou d'abord la pollakiurie nocturne, facile à caractériser.

L'incontinence apparaît toutes les nuits, ou quand le sommeil est trop profond, elle se répète une ou plusieurs fois chaque nuit et s'accompagne de la présence de pus dans les urines, ce qui la distingue bien de l'incontinence des épileptiques, et de celle des prostatiques simples à urines claires.

Chez la femme, le diagnostic est facile, si on explore les uretères par le vagin : pollakiurie et urétérite font le diagnostic.

Chez l'homme, le diagnostic se fait par l'association de la pyurie et de la pollakiurie nocturne.

L'amélioration, et surtout la guérison de la pyélite et de la pyélonéphrite fait disparaître l'incontinence.

E. Chevalier.

Le rôle des vaisseaux anormaux dans la pathogénie de l'hydronéphrose, par Legueu (*in Ann. Gén. Ur.*, 1904, p. 1361) — Il y a des hydronéphroses ouvertes, avec ou sans infection secondaire, qui sont produites par la rencontre d'une artère anormale, ou au moins d'un vaisseau et de l'urètre.

Il s'agit d'un vaisseau anormal passant en avant de l'uretère qu'il force à s'infléchir dans le sens antéro-postérieur,

Le rôle primordial du vaisseau se démontre ainsi :

1° La dilatation urétérale commence juste au-dessus du niveau de l'empreinte laissée par le vaisseau sur l'uretère où il détermine un rétrécissement:

2° Sur l'uretère, on ne trouve aucune autre cause d'uronéphrose, aucun obstacle (rétrécissement, coudure), qui d'ailleurs, laisserait à l'uretère son calibre normal entre lui et le vaisseau suspect.

3° La suppression du vaisseau anormal (jointe il est vrai à la fixation du rein), supprime l'hydronéphrose. Cette suppression est l'opération de choix en pareil cas.

E. Chevalier.

De la pyélonéphrite dans les rapports avec la puerpéralité, par Legueu (*in Ann. Gén. Ur.*, 1904, p. 1441). — Le traitement de la pyélonéphrite gravidique varie suivant les cas :

1° Dans la *pyélonéphrite apyrétique* sans accident, faire le traitement médical; hygiène, régime, décubitus latéral intermittent;

2° Dans la *pyélonéphrite gravidique compliquée de fièvre*, faire encore le traitement médical : boissons, injections de sérum, balsamiques avec précaution, antiseptiques comme l'urotropine et l'helmithol. S'il y a, en outre, de la rétention on aura recours à la dilatation de la vessie (Pasteur) ;

3° Dans les *cas graves et complexes*, où la gravité de l'infection, la persistance de la fièvre font courir les plus grands risques à la mère et à l'enfant, il faut agir.

a) Si la lésion est *bilatérale*, faire l'accouchement prématuré, car une double néphrostomie serait trop grave;

b) Si la lésion est *unilatérale*, faire la *néphrostomie*. Dans ces cas, il faut encore faire une distinction :

Quand la grossesse est à son milieu, et que l'enfant n'est pas viable, faire la néphrostomie qui n'est pas grave et peut laisser la grossesse évoluer.

Quand, au contraire, la grossesse est arrivée à ses dernières phases, la vie de l'enfant est assurée, la cessation de la grossesse peut faire disparaître la pyélonéphrite, et dans ces cas, il vaudrait mieux faire l'accouchrment prématuré de préférence à la néphrostomie.

E. Chevalier.

Traumatismes du rein et leur traitement, par W. Courtney (*St.-Paul med. J.*, septembre 1904). — L'auteur divise les lésions du rein produites à travers la peau en contusions, lacérations et ruptures complètes en une ou plusieurs portions. Dans le premier cas, le traumatisme ne détermine que des ruptures vasculaires, d'où hématurie. Dans les lacérations, le traumatisme est plus fort, il peut intéresser la capsule et donner lieu à une infiltration d'urine. Enfin, dans les ruptures, des portions de rein peuvent être complètement détachées. Les lésions de l'uretère à travers la peau sont entrêmement rares. Le traumatisme peut être direct, comme dans une chute, un coup de pied de cheval, de tampon de wagon, le passage d'une voiture sur le corps. Le traumatisme indirect provient d'une action musculaire forcée, flexion du tronc, un saut, une chute sur les pieds. Il peut y avoir en même temps lacération du foie, de la rate, du poumon, des intestins.

L'hématurie est le principal symptôme de la contusion, elle est en général transitoire et les symptômes sont peu graves. S'il y a rupture ou lacération, il se produit de la tuméfaction, le choc est plus ou moins considérable, la douleur localisée dans la région du rein blessé est extrêmement vive. Les muscles de la région sont tendus. L'urine est rare, sanglante, des caillots dans la vessie peuvent empêcher la miction de se produire. L'anurie est probablement due à la rupture des deux reins. Si la tuméfaction se produit lentement, il est probable que l'hémorragie est intra-capsulaire. Une tuméfaction tardive tiendra à une infiltration d'urine ou un abcès qui se forme.

Dans le cas de contusion ordinaire du rein, le traitement consistera dans le repos complet au lit, dans l'emploi de la morphine si la douleur est intense, de l'ergot si l'hémorragie est abondante. Sur le côté malade, on appliquera une vessie de glace. Il n'y a rien de plus à faire dans ces cas. Dans les lacérations, difficiles parfois à distinguer des formes graves de rupture, il n'est pas facile de poser la question d'un traitement opératoire rapide. En l'absence des ignes d'hémorragie grave, on s'arrêtera

au premier traitement. Cependant une opération exploratrice, bien conduite, peut être le meilleur plan à suivre, car elle n'expose pas beaucoup le malade et il peut y avoir intérêt à arrêter l'hémorragie et à faire le drainage. En cas de rupture, il faut recourir à l'opération précoce par une incision dans l'espace ilio-costal; à moins qu'on n'ait des raisons de croire que le péritoine est déchiré, ou qu'il existe d'autres ruptures d'organes, auquel cas il vaudra mieux inciser dans la ligne semi-lunaire. Les résultats donnés par le traitement précoce montrent sa supériorité sur l'expectation. La question de la néphrectomie dépendra de la facilité avec laquelle le patient pourra supporter l'opération, de l'intégrité des vaisseaux du rein, de l'étendue des parties détruites du rein et de la persistance des hémorragies. Si les vaisseaux du rein ne sont pas atteints et la structure du rein pas trop compromise, l'hémorragie sera arrêtée par des sutures et on essayera de sauver l'organe.

L'adaption du traitement opératoire a une grande influence sur le pronostic; les statistiques montrent qu'un tiers des cas succombe quel que soit le mode de traitement.

L. Jumon.

Discussion sur le traitement des néphrites chroniques, par Hale White, V. Noorden, Moore, Tyson, Broadbent (*Brit. med. J.*, 8 octobre 1904). — M. Hale White a commencé cette discussion ouverte à l'Association médicale britannique. D'après lui, dans l'incertitude de la pathologie rénale, on ne peut traiter les symptômes ou la maladie que d'après des idées théoriques. En elle-même, l'albuminurie n'a pas d'importance et le traitement habituel de ce symptôme est une erreur. Au point de vue du système vasculaire, le problème thérapeutique consiste à maintenir la pression sanguine aussi près que possible des conditions normales et sans employer de médicaments. Les œdèmes doivent être traités par des moyens appropriés, par la position étendue, la diète des boissons, des purgatifs, la diaphorèse, la ponction et d'autres procédés de drainage. On ne doit pas compter sur les diurétiques. D'après la théorie, certaines substances sont retenues qui peuvent irriter les reins. Parmi les médicaments diurétiques, il y en a qui sont éliminés lentement comme le mercure, la digitale. L'alcool peut être permis à doses modérées. Il faut accorder une valeur au régime normal parce que la maladie est un processus de dégénérescence. Il n'est pas bon de boire de l'eau en excès. On considère l'urémie comme un processus d'intoxication qui dépend probablement de poisons formés dans l'organisme. Le problème est donc de soutenir tous les organes d'élimination afin de drainer le plus possible ces substances toxiques. L'habillement et le climat ont une certaine importance. Contre l'insomnie, cet auteur recommande la chloralamide. Enfin, d'après les observations publiées jusqu'à présent, la décapsulation des reins n'a pas donné de résultats encourageants.

V. Noorden a insisté sur l'inutilité de supprimer la viande du régime dans le mal de Bright, il a recommandé les boissons abondantes et l'exercice musculaire systématique. L'association de l'obésité et du mal de Bright est dangereuse. On doit donc s'efforcer de faire diminuer largement, mais lentement le tissu adipeux.

Moore considère que le premier point du traitement est de relever la fonction cardiaque. Il insiste sur l'emploi de l'eau pure en quantité convenable, sur un régime d'épargne pour l'albumine et sur la suppression de l'alcool. On ne doit pas seulement s'efforcer d'activer l'élimination par les voies ordinaires, mais il faut recommander encore l'élimination par le poumon au moyen du traitement à l'air libre. Le benzoate de soude et l'urotropine sont souvent utiles; on prescrira le fer, l'arsenic, la strychnine contre l'affaiblissement du ventricule gauche; les bains d'air chaud, la saignée et parfois la pilocarpine, pour relever la fonction du cœur droit, les nitrites, l'iode et la modération dans l'alimentation pour diminuer la pression artérielle.

Tyson a insisté sur ce fait que l'asthme rénal est habituellement une forme de dyspnée cardiaque, qui doit être traitée de préférence par les nitrites. Il a vu la décapsulation des reins prolonger visiblement l'existence. Comme Broadbent, il recommande un régime léger et l'ingestion de faibles quantités d'eau pendant les repas. La densité de l'urine est un élément qui a plus de valeur que la quantité d'albumine. L'élément pathologique le plus important est la tension artérielle qui est presque toujours trop élevée. Pour le réduire, il est préférable de recourir aux purgatifs mercuriels doux. Il considère la saignée comme un procédé de choix dans les convulsions urémiques.

Samuel West a attiré l'attention sur l'emploi des extraits de rein et la question des sécrétions internes, ainsi que sur les variations quotidiennes de la pression artérielle. Dans les cas d'abaissement de la pression, la digitale est indiquée. Il préfère les purgations, la diaphorèse ou la saignée et les injections intra-veineuses dans l'urémie aiguë. Broadbent réclame le régime lacté prolongé, et dans l'urémie il

donne la préférence à l'intestin comme organe d'excrétion sur la peau.

L. Jumon.

Sur le traitement chirurgical des néphrites aiguës et chroniques, par Primrose (*The Montreal med. J.*, mai 1904). — Avant de discuter la portée des résultats obtenus dans cinq cas de néphrite opérés par l'auteur avec succès, celui-ci proteste d'abord contre l'emploi de l'éther comme anesthésique dans les opérations pratiquées sur les reins. L'éther est un irritant énergique du rein lorsqu'on l'emploie pour l'anesthésie. C'est ainsi que sur 100 opérés de toute nature soumis à l'anesthésie par l'éther, 77 présentèrent de l'albumine après l'opération, dont 65 avec cylindrurie. Lorsqu'il existait déjà de l'albumine, l'affection rénale était aggravée par l'éther. Aussi l'auteur est-il convaincu que le chloroforme est le meilleur anesthésique, au moins dans les opérations sur le rein.

Dans un premier cas, celui d'un garçon de 10 ans, la néphrite s'accompagnait d'anasarque et d'ascite datant de six mois au moins. L'urine contenait 1 gr. 6 0/0 d'albumine, avec des cylindres granuleux et épithéliaux.

Après l'opération, la quantité d'urine s'éleva de 400 à 1.600 grammes en 24 heures au septième jour et la proportion d'albumine s'abaissa de 1 gr. 6 à 0 gr. 8, mais comme l'amélioration ne progressa plus, on fit dans la suite une deuxième opération consistant dans l'ablation complète de la capsule du rein gauche. Après certaines péripéties consécutives à l'opération, le malade guérit et offrit l'aspect d'une robuste santé, l'urine ne contenait plus que des traces d'albumine. Néanmoins, dans la suite, il y eut encore un retour et il fallut enlever la capsule du rein droit qui n'avait été qu'incisée la première fois. Enfin, dix mois plus tard, nouvelle exacerbation de l'affection rénale qui céda à un régime approprié. Dans le cas d'un enfant de huit ans, le malade succomba à l'urémie quinze jours après l'opération. Le troisième cas peut être considéré comme un succès relatif, car l'albuminurie ne disparut pas entièrement de de l'urine. Dans un quatrième, la néphrite était compliquée de rein mobile, l'albuminurie disparut entièrement après l'opération qui consista dans la fixation et la décapsulation partielle du rein. Enfin le cinquième cas était une néphrite calculeuse avec coliques néphrétiques très fréquentes. La malade âgée de 21 ans guérit.

L'auteur croit qu'on ne peut pas se prononcer définitivement relativement aux indications opératoires dans la néphrite chronique. Lorsque le traitement médical et diététique n'a pu arrêter les progrès de la maladie et lorsque surviennent des symptômes graves, on est autorisé à tenter l'opération pour obtenir un soulagement. Il est possible que le moment arrive où l'on pourra choisir les cas appropriés à l'opération.

Dans la néphrite aiguë, on a jusqu'à présent laissé succomber les patients à l'anurie sans essayer de les soulager par le traitement chirurgical. Cependant il semble assez certain que l'on puisse obtenir ici des résultats de l'opération dans certains de ces cas. C'est ainsi que Edebohls a vu la décapsulation procurer la guérison dans un cas d'éclampsie d'origine rénale chez une femme qui avait alors de nombreuses attaques d'éclampsie.

L. Jumon.

Cas de néphrite chronique guérie par la décapsulation, par Aug. Caillé (*Med. Record*, 3 septembre 1904). — Il s'agit d'une fille de cinq ans et demi atteinte de néphrite chronique. L'urine était rare et foncée, contenait de l'albumine, des cylindres, des éléments du rein, du sang et du pus. Les yeux étaient bouffis et l'abdomen contenait du liquide. Après un traitement diaphorétique, diurétique, des irrigations intestinales, l'enfant fut améliorée, mais neuf mois plus tard les accidents la ramenaient à l'hôpital. L'œdème était généralisé, le cœur était volumineux, la pointe battait dans le sixième espace, à un pouce à gauche du mamelon. On pratiqua la décapsulation des deux reins et l'on trouva une néphrite parenchymateuse chronique type, avec gros rein blanc des deux côtés. Chaque rein mesurait plus de quatre pouces de long et était trois fois plus volumineux que le rein normal. Les deux plaies se réunirent par première intention et la convalescence s'acheva sans incidents. Au sortir de l'hôpital, l'enfant ne présentait ni œdème, ni céphalée, ni urémie. Depuis plus d'un an, elle est restée en parfaite santé et fréquente aujourd'hui l'école. L'urine est pratiquement normale et la santé ne laisse rien à désirer.

Caillé assure d'après cette observation et d'autres cas qu'il a observés, qu'il n'hésiterait plus à examiner les reins à travers une incision lombaire dans les cas de néphrite aiguë, non secondaire à des lésions cardiaques et qui ne guérissent pas en six ou huit mois, et dans les cas ou les reins seraient gonflés et volumineux il inciserait la capsule ou pratiquerait la décapsulation afin d'empêcher la néphrite de devenir chronique et incurable.

L. Jumon.

Traitement des néphrites par la décapsulation du rein (*XVIIe Congrès fr. de chirurgie*, 1904). — Autre affection autrefois exclusivement médicale, que les chirurgiens réclament avec une apparence croissante de succès. M Ceccherelli (de Parme), traite par la *décapsulation*, beaucoup de *néphrites* et a observé, à la suite, des modifications de la circulation rénale très heureuses, se manifestant par les variations de l'urine. Ainsi dans les *néphrorraphies*, il fait systématiquement la décapsulation, comme un adjuvant précieux qui agit à la fois sur la position et sur la congestion de l'organe. Cette opération est assez aisée à exécuter et son inocuité est démontrée par son emploi fréquent dans ces derniers temps.

A. Benoit.

Albuminurie et traitement physicothérapique (*Bl. f. Klin. Hydrothérapie*, octobre 1904). — Strasser estime que l'action bienfaisante des bains chauds, dans l'albuminurie chronique, n'est pas bien expliquée : peut-être existe-t-il dans cette affection un spasme vasculaire intrarénal que l'action réflexe du bain chaud fait diminuer.

Que penser de l'action sudorifique de la chaleur sèche ? L'auteur estime qu'elle ne peut influencer l'albuminurie elle-même et risque de provoquer une deshydratation de la masse sanguine qui semble plutôt favoriser l'élimination d'albumine. Il faut, pour obtenir un effet thérapeutique, joindre à la sudation des interventions destinées à tonifier le système cardiovasculaire.

On sait qu'en dehors des courses en montagne, la fatigue musculaire exerce en général une action nocive sur l'élimination de l'albumine : l'auteur estime toutefois qu'avec les perfectionnements introduits de nos jours dans les méthodes de gymnastique médicale, on peut obtenir des effets thérapeutiques utiles. Les sports sont éminemment nuisibles, car le sujet ne sait pas se modérer en général.

Le massage, chez l'albuminurique, est destiné d'ordinaire à faire disparaître les œdèmes, à améliorer la diurèse. On a observé parfois que le massage faisait augmenter le nombre des cylindres dans l'urine, mais c'est là un phénomène initial, l'augmentation de la diurèse balayant des cylindres accumulés dans un rein fonctionnant mal. Les cylindres diminuent au cours du traitement.

La méthode de Casaretti, consistant à traiter l'albuminurique par des applications (12 à 48 h. consécutives) de bandes élastiques sur les membres inférieurs, a passé inaperçue, à tort, selon l'auteur. On obtient par ce procédé une polyurie accentuée due à une augmentation de pression intra-rénale.

Dans la néphrite aiguë, la réaction cutanée est en général fort défectueuse, aussi sera-t-il bon de s'abstenir d'interventions hydrothérapiques : tout au plus, si l'on craint des crises urémiques, pourra-t-on donner des bains chauds avec enveloppements consécutifs de draps secs chauffés pour provoquer une diurèse abondante.

Dans la forme chronique, les conditions sont différentes : on s'adressera de préférence au bain de vapeur sèche suivi d'une douche en pluie de 20 à 160, dans le but de tonifier le système cardio-vasculaire. Les bains de lumière, de soleil, de boue, etc., sont de même indiqués, à condition d'éviter les températures excessives.

Au point de vue de l'influence du climat, les ressources sont limitées : seuls, des climats chauds et secs peuvent à la longue faire disparaître une albuminurie, et il faut se rendre en Egypte ou à Biskra pour observer des cas de ce genre.

En résumé, le traitement de l'albuminurie par les agents physiques est indirect : il cherche surtout à modifier l'organisme et à lui permettre de résister aux effets nocifs produits par l'état pathologique du rein.

E. Vogt.

Gynécologie et Obstétrique.

Dr R. Blondel,

Chef de laboratoire

à la Maternité de la Charité.

Du traitement immédiat des déchirures du périnée, par G. Vogel *Centralblatt für Gynek*, 1904, n° 8). — L'auteur s'élève contre un travail, paru en 1903, dans le *Münchener med. Wochenschrift*, dans lequel Carl Hégar conseillait de ne pas suturer le périnée déchiré au moment de l'accouchement.

Selon Vogel, ce n'est pas le principe de la suture immédiate qu'il faut incriminer, mais la façon défectueuse de faire cette suture. Il ne faut pas s'étonner des échecs, quand on sait que souvent on suture sans bien égaliser et affronter les lèvres de la plaie, sans bien nettoyer cette plaie et en se servant d'instruments non stérilisés. Il n'est pas exact de dire que la suture est nuisible, il faudrait encore montrer quelles suites fâcheuses en peuvent résulter.

De ce que souvent les muscles du périnée sont déchirés, et que le derme est intact, cas dans lesquels nul ne songerait à suturer, il ne s'en suit pas qu'il faille laisser ouverte une plaie qui vient de se produire. Hégar dit avoir eu de bons résultats en ne suturant pas: mais comment peut-il y avoir réunion par première intention sans suture? Les bons résultats fonctionnels observés par Hégar n'imposent pas forcément la conviction et rien ne prouve que la suture n'aurait pas donné des résultats meilleurs.

Hégar craint surtout que la suture produise de l'infection. Mais l'infection n'est que la conséquence d'un défaut de propreté et c'est surtout quand il persiste une plaie vulvo-périnéale qu'on doit craindre une infection ascendante. Si, dans certains cas où l'on a fait la suture périnéale, il y a eu de la fièvre, celle-ci peut être attribuée à une cause siégeant ailleurs, à moins qu'on se soit borné à suturer la peau, en laissant dans la profondeur une poche dans laquelle les sécrétions s'accumulaient et formaient un foyer d'infection. C'est à tort qu'Hégar exagère les difficultés qui s'opposent dans la pratique courante à une suture bien faite, quand on sutqre selon les règles après désinfection des mains, des instruments et du champ opératoire, il est peu probable qu'on puisse introduire des germes dans un vagin aseptique, et la suture faite dans ces conditions n'offre pas plus de danger que toute autre intervention manuelle ou instrumentale durant l'accouchement.

L'état général de la mère est rarement une contre-indication à la périnéorraphie immédiate. Si les femmes anémiques épuisées, s'infectent plus facilement, c'est une raison pour faire disparaître par la suture une source d'infection.

Dans les déchirures complètes, l'abstention conseillée par Hégar se justifie moins encore, puisque alors surtout il y a danger d'infection par le rectum. Il est possible que la guérison soit plus rare dans ces cas; mais encore faut-il la chercher; il sera toujours possible de faire ultérieurement une opération plastique.

Dans les cas de sécheresse complète, l'auteur fixe d'abord les deux bouts du sphincter anal par un fil de soie qui ne sera lié qu'à la fin. Auparant, il égalise les lèvres de la plaie, fait une suture continue au catgut de la paroi sous-muqueuse de l'intestin, en commençant par l'angle supérieur, du tissu cellulaire et des muscles du vagin, puis il suture superficiellement le vagin, et enfin, une suture sous-cutanée du périnée. On finit par une irrigation rectale.

L'auteur est d'accord avec Hégar pour rejeter complètement l'épisiotomie de la pratique obstétricale.

R. Blondel.

L'opération d'Alexander modifiée, par Barth. *Monats. fur Geb. and Gyn.*, 1904, t. xix, p. 88). — Dans ce court mémoire, M. Barth, qui est professeur de gynécologie à Danzig, se montre partisan enthousiaste de l'opération d'Alquié-Alexander ; il ne conçoit pas qu'on puisse, aujourd'hui, hésiter entre cette méthode et la ventrofixation ou l'hystéropexie vaginale. A ses yeux, le grand mérite de l'Alexander, c'est qu'il respecte les rapports physiologiques des organes pelviens entre eux, et ne crée aucune adhérence anormale entre la matrice et la paroi abdominale : d'où absence de troubles pendant l'évolution des grossesses ultérieures, ce qui, on ne le sait que trop, n'est pas le cas chez les femmes qui ont subi l'hystéropexie basse ou haute.

On a reproché à l'Alexander d'être une opération aveugle, en ce sens qu'elle ne permet pas l'exploration des annexes, ni la vérification *de visu* de la correction de la déviation. Ce reproche n'est nullement fondé affirme l'auteur, et la difficulté peut être tournée; il suffirait *d'attirer dans la plaie et d'ouvrir le repliséreux qui accompagne le ligament rond*; on obtient ainsi une boutonnière suffisante pour glisser deux doigts dans la cavité pelvienne et examiner les annexes. La séreuse est ensuite fermée par un surjet de catgut.

Pour obtenir une fixation à l'épreuve de la récidive, M. Barth a adopté une conduite analogue à celle de Casati et de Flaischlen. Au lieu d'inciser la peau parallèlement à l'arcade crurale, il fait une incision semi-lunaire sus-pubienne et transversale, à concavité supérieure et dont les deux extrémités correspondent à la partie moyenne des canaux inguinaux : les deux ligaments, soigneusement dénudés, sont solidement croisés au devant des muscles droits et fixés en ce point avec du catgut.

Voici la statistique générale de l'auteur. Il a pratiqué 36 fois l'Alexander contre la rétroflexion. Dans 18 de ces cas, il a eu recours à la technique de Kocher qui lui a donné 2 récidives sur 10 opérées revues. Dans les 18 autres cas il a employé sa méthode et n'a pas enregistré de récidive sur 7 opérées qu'il a pu examiner à nouveau.

Dans 29 cas de prolapsus utéro vaginal, il a pratiqué l'Alexander associé à la colpopérinéorraphie. Dans 10 cas il a employé le Kocher : 1 récidive sur 40 opérées revues ; dans 29 cas,

il a eu recours à sa technique personnelle : 1 récidive sur 7 opérées revues. Sur cet ensemble de 65 cas, l'auteur note 17 opérées devenues enceintes et 3 accouchements normaux.

R. Blondel.

Le styptol en gynécologie (*Deutsche med. Wochenschrift*, n° 24, 1904). — Taff a étudié le phtalate de cotarnine ou styptol dans 20 cas d'hémorragies gynécologiques ou obstétricales, avec 3 insuccès seulement (cas d'avortement : on procéda au curettage et les métrorrhagies cessèrent alors).

L'action du styptol est à la fois styptique et sédative : la dose moyenne est de 0 gr. 05 trois fois par jour.

E. Vogt.

De la ligature bilatérale de l'artère hypogastrique dans le cancer inopérable de l'utérus, par Kosler (Breslau) (*Centralb. für Gynak*, n° 15). — L'auteur rapporte les résultats obtenus par la ligature bilatérale de l'artère hypogastrique, selon le conseil de Kronig, faite pour remédier aux hémorragies et à l'écoulement fétide, chez cinq femmes de la clinique de Biermer, atteintes de cancer inopérable de l'utérus. Ces résultats n'ont été que temporaires; au plus tard au bout de six mois pertes et écoulements réapparaissaient, ce qui s'explique par l'établissement d'une circulation collatérale, d'autant plus facile qu'il existe des anastomoses nombreuses entre les branches de l'hypogastrique et les branches de l'aorte, de l'iliaque externe et de la mésentérique inférieure. Au point de vue du volume de la tumeur, aucune diminution ne fut constatée. Le curage et la cautérisation constituent un traitement palliatif préférable.

Dans un sixième cas cependant, l'opération a sauvé la vie à la femme. Il s'agissait d'une malade ayant déja subi plusieurs cautérisations, et qui fut prise d'une violente hémorragie 5 jours après la dernière cautérisation. A l'examen on constata qu'un gros vaisseau (art. utérine?) était ouvert. Une ligature ne servit à rien, les tissus étant trop faibles. On fit un tamponnement serré au perchlorure de fer Le soir, la température monta à 39,2; le pouls était petit et fréquent. Comme on craignait de voir l'hémorragie se reproduire si on enlevait le tamponnement, on résolut le lendemain de faire la ligature des deux hypogastriques, des deux ovariques et des artères des ligaments ronds. L'hémorragie fut définitivement arrêtée.

R. Blondel.

Hystérectomie dans un cas d'hématométrie, par Lambret. (*Soc. cent. de Méd. du dép. du Nord*, 22 juillet 1904, *in Nord méd.*, 15 septembre 1904). — L'auteur a vu une femme de quarante-neuf ans atteinte de prolapsus utérin, déjà opérée deux fois par la voie vaginale. De plus, l'hystérectomie avait été rendue nécessaire. La résection du col, faite très haut, avait abouti à une cicatrisation et à la formation d'un moignon utérin passible du cathéter.

Les règles furent supprimées, mais à chaque période, des douleurs atroces apparaissaient. Celles-ci, jointes à l'impossibilité de contenir le prolapsus et à la persistance de la cystocèle et de la rectocèle, commandèrent une nouvelle intervention. Celle-ci fut pénible. C'est, qu'en effet, l'utérus est mou, volumineux, accompagné de trompes distendues par des caillots sanguins provenant d'hématométrie.

D'autre part, la décortication sous-péritonéale montre qu'il y avait en outre un fibrome gélatineux, semblable à un mixôme, sur la nature duquel on n'est pas encore fixé.

Cette observation très intéressante, montre à quel point il faut craindre l'atrésie du col à la suite d'opérations vaginales très haut situées.

R. Blondel.

Indications actuelles de l'hystérectomie vaginale (*Congrès français de chirurgie*, octobre 1904). — M. Richelot est venu défendre l'hystérectomie vaginale, un peu oubliée dans ces derniers temps. Lorsque les fibromes sont petits, les cancers sont à leur début, il est infiniment préférable de s'en tenir à cette opération. Plusieurs opérateurs pensent avec lui, que les petits fibromes et les suppurations pelviennes, avec état général grave, trouvent dans cette opération, qui réalise le minimum de risques au point de vue de l'aseptie, une ressource précieuse. M. Pozzi seul fait valoir quelques bons arguments pour l'opinion contraire, en disant que l'hystérectomie par la voie haute permet, dans le cas de cancer, de ménager mieux les organes voisins envahis, particulièrement les uretères. Dans le cas de fibromes, de conserver chez les femmes jeunes un utérus sain, lorsqu'on peut arriver à énucléer les petits fibromes. Quant aux suppurations, on peut toujours commencer par les vider par des voies naturelles, quitte à compléter cette intervention, si nécessaire.

A. Benoit.

Pharmacologie

Dr E. VOGT.

Ex-assistant à la Faculté de Médecine

de Genève

La ciguë (conium maculatum) et ses alcaloïdes, par J. M. FRENCH (*Merk's Archives*, septembre 1904). — La ciguë avait presque disparu de l'emploi thérapeutique, à cause de l'inégalité de ses préparations, lorsque la cicutine est venue la tirer de l'oubli. La première action physiologique de la cicutine est sédative et dépressive du système musculaire, de sorte qu'on en a proposé l'emploi dans les affections spasmodiques. On l'a employée ainsi dans la chorée, la paralysie agitante, le tétanos, les convulsions chez les enfants, l'angine de poitrine, la coqueluche, le spasme laryngé, l'emphysème, l'asthme et d'autres maladies de cette classe.

Comme elle est également douée d'une action sédative sur les nerfs sensibles, elle est indiquée dans les maladies nerveuses et mentales, et particulièrement utile dans la manie aiguë et le delirium tremens. Dans ces cas on peut l'associer avec le bromure de potassium ou le bromhydrate d'hyoscine. On l'a employée dans l'hystérie et l'épilepsie, mais les résultats n'ont pas été assez satisfaisants pour justifier de plus amples essais.

Comme anodin local, on lui a attribué aussi des propriétés désobstruantes dans les cas d'engorgements glandulaires. Sous forme de pommade la cicutine est un calmant local dans beaucoup de maladies douloureuses, dans les névralgies, l'herpès zoster, la goutte, le rhumatisme chronique. On l'a aussi employée pour réduire le volume et diminuer l'induration du goître, les engorgements scrofuleux, l'engorgement des glandes mammaires et l'augmentation de volume du foie et de la rate. Ellingwood lui attribue une action spécifique contre les douleurs du cancer et des ulcères. Elle calme également les douleurs dans le cancer de l'estomac mieux que les autres médicaments.

Dans la toux spasmodique et douloureuse de la bronchite aiguë, de la laryngite et de la phtisie, on peut obtenir de bons résultats de l'emploi local de la cicutine sous forme de vapeur, ou de l'extrait fluide dissout dans l'eau chaude dans un inhalateur.

Mais les meilleurs effets sont obtenus par l'emploi sous-cutané du bromhydrate de cicutine. On l'a employé ainsi avec de bons résultats dans le traitement de l'asthme, de l'emphysème, de l'angine de poitrine, de la pneumonie et de la pleurésie. Contre l'excitation de la manie aiguë il est utile de l'associer à la morphine.

Parmi les indications on a encore relevé l'hypertrophie de la prostate, les polypes utérins, le vertige, les troubles variés de la vue, les troubles urinaires de la vieillesse.

Il règne une grande incertitude relativement à la force des diverses préparations de ciguë, ce qui est dû à la présence de principes actifs volatils, de sorte qu'on peut parfois administrer de fortes doses de quelques extraits fluides sans obtenir d'effets très marqués. Il faut également tenir compte sous ce rapport du moment de la récolte et du mode de préparation du médicament. La plante cultivée donne des préparations beaucoup moins fortes que la plante sauvage.

La dose d'extrait fluide est d'une à cinq gouttes, on est allé jusqu'à 15 gouttes, pour la teinture 10 à 30 gouttes et pour le bromhydrate de cicutine 0 gr. 005 à 0 gr. 05 par la bouche et beaucoup moins en injections hydrodermiques.

L. JUMON.

Sur la digitoxine soluble ou digalène, par M. CLOETTA (*Munchen. med. Woch.*, n° 33, 1904). — La digitoxine, préparée par Schmiedeberg, avait trouvé peu de crédit parce qu'on doutait de l'identité de ce principe avec celui que contiennent les feuilles. D'autre part, c'était une substance difficile à employer parce qu'elle pouvait facilement déterminer des troubles gastriques au cours de maladies où la fonction de l'estomac est déjà touchée et que, d'autre part, son insolubilité empêchait que cette substance fut employée en injections sous-cutanées. Dans ces cas, d'ailleurs, où la digitoxine, même par fractions de milligramme, a été injectée sous la peau, elle a déterminé des accidents locaux, notamment la nécrose de la peau autour de la piqûre. Son absorption lente favoriserait encore l'action cumulative. Tous ces inconvénients montrent comment la digitoxine s'est peu acclimatée en face des préparations galéniques. C'est ce qui a poussé Cloetta à chercher une préparation qui n'eût pas ces inconvénients. A l'aide de procédés assez compliqués, il a réussi à retirer des feuilles de digitale une petite quantité d'un corps amorphe absolument identique à la digitoxine cristallisée sous le rapport de la composition chimique. La préparation donne d'ailleurs toutes les réactions de la digitoxine, mais s'en distingue par sa solubilité dans l'eau. D'autre part, elle est bien supportée par l'estomac et localement.

On pourrait supposer qu'il s'agit d'une modification colloïdale de la digitoxine soluble ; ce-

pendant la dialyse montre que ce n'est pas le cas ; l'état amorphe possède au contraire une très grande faculté de diffusion. Les phénomènes d'irritation ne se produisent pas comme avec la digitoxine soluble. La préparation, connue sous le nom de digalène, contient 0 gr. 003 de digitoxine amorphe par centimètre cube. Elle peut d'ailleurs être employée par les voies buccale, rectale, sous-cutanée ou intra-veineuse. Lorsqu'on emploie les injections sous-cutanées, il est indiqué de faire un léger massage et d'appliquer un pansement humide à l'acétate d'alumine, etc. La digalène a été expérimentée depuis un an à la clinique de Naunyn, à Strasbourg, où elle a donné de bons résultats.

L. Jumon.

Quelques remarques pratiques sur le chlorure d'éthyle, par Flemming (*The Bristol med. chir. J.* septembre 1904). — L'auteur s'étonne que le chlorure d'éthyle n'ait pas plus de succès au point de vue pratique et pense qu'il faut en voir la raison dans la façon dont on l'administre.

Les avantages des différents inhalateurs, surtout au point de vue de l'économie seront pour ceux dans lesquels le chlorure d'éthyle est pulvérisé sur le lint, pourvu que celui-ci soit fréquemment renouvelé.

Une administration défectueuse de l'anesthésique est la cause d'agitation. Une dose excessive et l'obstacle mécanique à la respiration, comme le renversement de la langue, expose le malade à certains dangers. Il faut d'autre part toujours donner une certaine proportion d'oxygène avec le chlorure d'éthyle. On s'arrange de manière que le patient fasse quatre ou cinq inspirations d'air avant d'approcher complètement le masque de la face, de sorte que les vapeurs de chlorure d'éthyle sont mélangées à une quantité d'oxygène suffisante pour seize à vingt respirations. Le malade est ainsi soumis à une atmosphère de chlorure d'éthyle plutôt qu'à un courant de vapeur. Si ces premières respirations sont bien faites, on évite l'agitation générale ou le spasme de la glotte. L'adjonction de l'air diminue certainement la fréquence des vomissements. Les meilleurs signes de l'anesthésie sont ici la respiration stertoreuse et la rotation des yeux fixés en haut ou en bas. Le stertor ne doit pas être bruyant. La dose doit être aussi petite que possible et doit être mesurée par la graduation du tube. Au-dessous de six ans, un centimètre cube suffit généralement, entre six et douze ans, il faut 2 centimètres cubes, pour les adultes 4 centimètres, 6 pour les patients qu'on sait s'agiter. Après avoir enlevé le masque, l'anesthésie continue pendant quelques secondes. Il importe beaucoup de ne pas faire obstacle à la respiration, aussi dans les opérations sur les adénoïdes et les amygdales, l'emploi du chlorure d'éthyle ne comporte aucun danger si le chirurgien peut tenir le pharynx suffisamment libre pour que la respiration ne soit pas interrompue.

L'anesthésie prolongée donne souvent lieu à de la céphalée chez l'adulte, mais on n'observe pas de symptômes désagréables chez l'enfant. On ne doit répéter l'administration qu'à une heure et demie d'intervalle. On doit éviter autant que possible les mouvements de déglutition.

Le chlorure d'éthyle est excellent pour commencer l'anesthésie par l'éther ou par le chloroforme. Les sujets rebelles sont les femmes hystériques, les alcooliques et les gros fumeurs.

Quant aux diabétiques et aux basedowiens ils ne doivent être anesthésiés que lorsqu'il est absolument nécessaire.

Le danger d'un excès de dose résulte que le patient ne respire pas assez d'oxygène. Il devient alors pâle, les pupilles se dilatent, les mouvements respiratoires s'arrêtent, la résolution musculaire est complète et on ne sent pas le pouls radial. Mais la respiration artificielle remet bientôt les choses en état.

Il subsiste seulement quelques symptômes désagréables qui peuvent persister plusieurs heures. Les quatre cas de mort que l'on a rapportés concernent des sujets qui n'auraient pas dû être anesthésiés (diphtérie, cardiopathie avancée, etc.).

Chez les animaux qui ont été empoisonnés par le chlorure d'éthyle l'auteur a constaté dans le spectre du sang une bande d'absorption semblable à celle que donne l'oxyde de carbone, mais il était possible d'obtenir la réduction par le sulfhydrate d'ammoniaque.

L. Jumon.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Cours de Thérapeutique. — M. Albert Robin reprendra ses Leçons de Thérapeutique, le jeudi 1er décembre, à 10 heures du matin, à l'*amphithéâtre* de l'hôpital Beaujon, et les continuera tous les jeudis à la même heure.

Association de la Presse Médicale Française. — ***Réunion du 4 novembre 1904.*** — La quatrième réunion de l'année 1904 de l'Association de la Presse médicale française a eu lieu le vendredi 4 novembre 1904, au restaurant Marguery.

Une trentaine de membres y assistaient sous la présidence des Syndics, MM. Lucas Championnière, A. Robin, et Delefosse,

Correspondance. — Lettre de démission de M. le Pr S. Pozzi.

Candidatures. — M. le Dr L.-G. Roy (de Paris) rédacteur en chef du journal le *Médecin* (21, rue Soufflot), est nommé membre titulaire.

M. le Dr A. Millon, rédacteur en chef de la *Revue internationale de Médecine et de Chirurgie* (Paris, 65, rue St-Lazare), remplace M. Touvenaint, décédé. — M. le Dr Osmont, rédacteur de l'*Année médicale de Caen* (2, rue Jean-Romain), remplace M. le Dr Marais, nommé membre honoraire.

M. le Pr Ch. Richet, fondateur, n'ayant plus de journal, devient membre honoraire.

Congrès international de Médecine à Lisbonne (1906) — Après avoir pris connaissance d'une lettre du Secrétaire général de ce Congrès, l'Association décide de demander l'adjonction d'un certain nombre de ses membres au Comité national français qu'organise M. le Pr Brouardel, en raison du précédent relatif au Congrès de Madrid (1903).

Questions diverses. — Divers membres de l'Association ont donné des détails sur le voyage des médecins français à Londres (MM. Lucas-Championnière, Janicot, etc.), sur la dernière réunion de l'Association de la Presse médicale allemande à Breslau (M. Blondel), sur le Congrès international de la Presse à Vienne (M. Pichevin), etc.

Décisions. — L'Assemblée décide que désormais le Conseil judiciaire de l'Association sera prié de vouloir bien assister à toutes les réunions.

Ordre du jour. — Ordre du jour de la prochaine réunion (1er vendredi de février 1905) : 1° Nomination de la Commission permanente d'admission pour 1905, par voie de tirage au sort. — 2° Cabanès. Du droit de réponse dans la Presse scientifique (Tribunal d'arbitrage). — 3° Création d'un album photographique, — 4° Candidatures. — 5° Questions diverses.

Le Secrétaire général.
MARCEL BAUDOUIN.

IIe Congrès français de climatothérapie et d'hygiène urbaine. — Arcachon, 24-29 avril 1905. — Bureau du Congrès.

Président : M. le Dr Renault, professeur à la Faculté de Médecine de Lyon, associé national de l'Académie de Médecine.

Vice-présidents : Nationaux. — M. le Dr Calmette, professeur à la Faculté de Médecine et Directeur de l'Institut Pasteur de Lille, membre correspondant de l'Institut et de l'Académie de Médecine. — M. le Dr Grasset, professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier, associé national de l'Académie de Médecine. — M. le Dr Balestre (de Nice), professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Montpellier : Régional. — M. le Dr Pitres, professeur et doyen de la Faculté de Médecine de Bordeaux, associé national de l'Académie de Médecine : Local. — M. le Dr Lalesque (Arcachon), membre correspondant de l'Académie de Médecine.

Secrétaire général : M. le Dr Festal (Arcachon), ancien interne des Hôpitaux de Paris.

Secrétaires adjoints : M. le Dr Dhourdin (Arcachon), professeur honoraire à l'Ecole de Médecine d'Amiens. — M. le Dr A. Hameau (Arcachon).

Trésorier général : M. le Dr Dechamp (Arcachon) ancien médecin principal de la marine.

Trésorier adjoint : M. le Dr Cazaban (Arcachon).

Pour les communications ou renseignements s'adresser à M. le Dr Festal, villa David, à Arcachon ; pour les adhésions, cotisations, souscriptions à M. le Dr Dechamp, villa Tibur, Arcachon.

Mlle Imprimerie, E. Lesnier, directeur, 35, 37, rue St-Lazare. Paris *Le Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL

TRAVAUX ORIGINAUX

ALIMENTS, RATIONS ET RÉGIMES ALIMENTAIRES (1)

par le Dr Allyre Chassevent,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

L'organisme vivant subit constamment des transformations; l'on peut dire que la vie consiste en une destruction continue, des substances dont se compose l'organisme. Cette destruction a pour but de dégager l'énergie nécessaire à l'être vivant, pour entretenir sa chaleur et lui permettre le mouvement.

Les processus chimiques, qui se produisent lors de la consommation des substances organiques complexes, consistent en : hydratations, dédoublements, oxydations. Pendant ces réactions. l'énergie potentielle emmagasinée dans les composés complexes se transforme en énergie actuelle : chaleur, mouvement, phénomènes électriques qui déterminent les phénomènes vitaux.

C'est dans le protoplasma des cellules tissulaires que se trouve le siège des décompositions et des oxydations ; on a déjà vu que ces transformations se faisaient principalement sous l'action de ferments solubles.

Les produits de décomposition ou déchets sont éliminés de l'organisme par différentes voies :

Par les surfaces pulmonaires et cutanées s'exhalent : l'acide carbonique et la vapeur d'eau ;

Par les reins : l'eau, les sels minéraux, les déchets azotés ;

Par les intestins : les sels minéraux, le résidu des sucs digestifs, du mucus, les résidus épithéliaux.

Il se détache de la surface de la peau des productions épidermiques ; squames, cheveux, ongles.

Cette perte continue de substances est mise facilement en évidence par la perte de poids rapide que présentent les animaux ou l'homme en état d'inanition.

Il est donc nécessaire de compenser ces pertes et remplacer les substances consommées par de nouveaux matériaux assimilables : aliments.

On doit comprendre sous le nom d'aliments toutes les substances qui, dans l'organisme, concourent à la production de l'énergie par leur transformation tels que : oxy-

(1) Extrait du précis de chimie physiologique in-8° Alcan qui est sous presse.

gène, eau, matières minérales, substances protéiques, hydrates de carbone, graisses.

On appelle ration alimentaire la quantité des divers aliments nécessaires pour réparer les pertes journalières.

Pertes quotidiennes de l'organisme. — Un homme en état de bonne santé, de 60 à 70 kilogrammes, prenant une alimentation mixte normale, excrète en vingt-quatre heures :

Eau	2.500 à 3.500	grammes.
Sels minéraux	20 à 30	—
Acide carbonique	950 à 900	—
Urée	20 à 40	—
Autres composés azotés	2 à 5	—
Matières solides dans les excréments	30 à 50	—

Cette élimination se fait par diverses voies d'excrétion dans la proportion suivante :

Par les poumons	32	0/0
Par la peau	17	—
Par les reins	46 à 47	—
Par les fèces	5 à 9	—

Ces excrétas quotidiens sont le résultat de la destruction des substances plus complexes de l'organisme : albuminoïdes, graisses, hydrates de carbone.

L'intensité de cette destruction dépend des besoins d'énergie que l'organisme réclame pour vivre et travailler.

On peut mesurer directement et évaluer en calories l'énergie consommée par l'organisme pour entretenir sa chaleur et pourvoir aux mouvements et aux efforts. De nombreux expérimentateurs ont déterminé ces dépenses par diverses méthodes.

On a établi que la dépense moyenne d'énergie faite par un adulte de 66 kilogrammes vivant au repos dans nos climats tempérés est d'environ 2.792 calories par vingt-quatre heures, se décomposant ainsi :

Rayonnement du corps vêtu	1.560	calories.
Chaleur latente d'évaporation de 1.200 gr. d'eau éliminée par les poumons et la peau	599	—
Échauffement de l'air expiré	80	—
Échauffement de l'eau de boisson	53	—
Travail du cœur et de la respiration	180	—
Autres travaux	320	—
Total	2.792	calories.

Il est donc nécessaire et suffisant d'ingérer une quantité d'aliments capables de fournir en se détruisant dans l'organisme 2.792 calories.

Énergie fournie par les aliments. — Pour évaluer l'énergie fournie à l'organisme par un certain poids d'un aliment donné, il suffit de connaître le nombre de calories dégagées par la combustion totale de l'unité de poids de cet aliment et de multiplier ce nombre par le poids donné.

Certains aliments en traversant l'organisme se transforment en résidus encore aptes à brûler en présence d'un excès d'oxygène.

La chaleur fournie à l'organisme par cet aliment incomplètement détruit sera égale à celle qu'il donne lorsqu'on le brûle complètement dans le calorimètre, diminuée de la quantité de chaleur fournie par la combustion totale des produits résiduaires encore combustibles, qui se sont formés dans l'organisme.

Ainsi par exemple : 10 grammes d'albumine brûlés dans le calorimètre dégageant 56cal, 87.

Dans l'organisme, ces 10 grammes d'albumine se transforment en absorbant 17 grammes d'oxygène et donnent : 4,11 d'eau, 15 gr. 5 d'acide carbonique, et 2 gr. 8 d'urée.

Or l'urée est encore capable de brûler dans le calorimètre :
1 gramme d'urée dégage en brûlant 2cal,69 :
Les 2 gr. 80 d'urée possèdent donc encore une énergie potentielle de 7cal,53.
Les 10 grammes d'albumine en brûlant dans l'organisme n'ont dégagé que 49cal,34 = 56,87 — 7cal,53, différence entre la chaleur de combustion totale de l'albumine et la chaleur potentielle des 2 gr. 80 d'urée éliminée.

Il faut tenir compte de cette différence lorsqu'on calcule le nombre de calories mises à la disposition de l'organisme par un aliment donné.

Damlewsky a mesuré directement au calorimètre la quantité de calories obtenues par la combustion complète d'un gramme de substance sèche pour les principaux comestibles; mais il est plus simple, lorsqu'on veut calculer la valeur en calories d'une ration alimentaire, de consulter des tableaux (1) qui donnent la composition des aliments usuels en principes nutritifs fondamentaux : albuminoïdes, graisses, hydrates de carbone, et de multiplier chacun de ces principes par le coefficient approprié (2) qui est pour :

Les albuminoïdes de	4cal,80 (3)
Les graisses de	9cal,80
Les hydrates de carbone	4cal,22
L'alcool	7 calories

Composition des aliments. — On peut classer les aliments suivant leurs origines, nous adopterons la classification du Pr A. Gauthier qui les divise en 5 classes :

1° *Aliments organiques d'origine animale :* viandes des mammifères, oiseaux, poissons, crustacés, mollusques; œufs, laitances, laits, beurre, graisses, etc.;
2° Les *aliments organiques végétaux* : pains, farines, graisses, racines, légumes herbacés, fruits;
3° Les *aliments et condiments aromatiques et sucrés* : café, cacao, épices et condiments divers,
4° Les *boissons alcooliques :* vin, cidre, bière, alcool;
5° Les *aliments minéraux* : eaux potables, sels marins, etc.

Aliments organiques. — Tous les aliments organiques renferment, en général, les trois principes nutritifs : albuminoïdes, graisses, hydrates de carbone en proportion variable; des sels minéraux et de l'eau.

Aliments et condiments aromatiques. — Les aliments aromatiques, ou nervins, ont la propriété de stimuler le système nerveux et de mettre l'organisme en état de fournir une somme d'énergie à un moment donné, supérieure à celle qu'il faut fournir en régime normal.

Ces aliments renferment peu de principes nutritifs, mais des substances excitatrices de la cellule nerveuse, notamment des dérivés de la purine.
Ces aliments excitateurs ont été souvent appelés à tort : aliments d'épargne.
Ils peuvent dans certains cas provoquer une meilleure utilisation de la ration alimentaire, mais ils ne peuvent se substituer aux véritables aliments.

A. Gautier classe ces aliments en : aromatiques ou amers : thé, café, cacao, maté, guarana.
Alcooliques : vin, bière, cidre, alcool, etc.
Condiments : épices, vinaigres, sucres, etc.

(1) Kœnigs Chemiche zusammenseztung der menschlichen Nahrungs und Genussmittel à Bulow, 1889.
(2) Nous adoptons les chiffres de A. Gauthier. Alimentation et régimes, 8e, Masson, 1904.
(3) Ce coefficient tient compte de la correction signalé plus haut pour les albuminoïdes, qui donnent de l'urée dans l'organisme.

Les aliments aromatiques ou amers renferment presque tous un alcaloïde appartenant au groupe des bases xanthiques : caféine ou théine : triméthylxanthine;
Théobromine et stéophylline : diméthylxanthines.

Ces substances excitent d'abord, puis dépriment le système nerveux et les centres cérébraux, elles augmentent l'excitabilité des muscles, font disparaître en partie la sensation de fatigue.

Aliments alcooliques. — Les aliments alcooliques peuvent entrer dans une certaine mesure dans la ration alimentaire : l'alcool concourt à fournir de l'énergie à l'organisme.

1 gramme d'alcool brûle dans l'économie en dégageant 7 calories.
L'alcool peut être substitué isodynamiquement dans le régime aux autres aliments.
Les boissons où l'alcool se trouve dilué, vins, bière, cidre sont préférables et mieux utilisés que les boissons alcooliques concentrées : eaux-de-vie, liqueurs.

L'abus de l'alcool est nuisible.

7 gr. 50 d'alcool éthylique est toxique pour 1 kilogramme de chien.

1 gr. 50 à 3 grammes d'alcool détermine l'ivresse.

La consommation continue des boissons alcooliques en excès provoque de la dyspepsie, de la gastrite, la stéatose et la cirrhose du foie, une hypertrophie cardiaque, de la congestion pulmonaire, et une prédisposition aux affections tuberculeuses.
La consommation des boissons fermentées donne du bien-être aux individus qui sont alimentés d'une façon insuffisante, à ceux qui n'ont pas leur ration normale d'albuminoïdes.
Car l'alcool donne l'illusion d'une ration alimentaire suffisante. C'est ce qui fait le danger de l'alcoolisme, car ce besoin d'alcool est d'autant plus impérieux, que l'individu est à un degré plus avancé de misère et de déchéance physique.

Condiments. — Les condiments ont pour but en excitant les sensations gustatives, de favoriser la sécrétion des sucs digestifs.

Les condiments aromatiques renferment les huiles essentielles antiseptiques, appartenant à la série aromatique.
La vanille renferme la vanilline; l'anis, de l'anithol; le persil, de l'apiol;
La sauge, le serpollet, le thym, la sarditte, des dérivés du thymol; etc.
Les condiments âcres et poivrés agissent en congestionnant les muqueuses du tube digestif; citons : le poivre, le piment, le gingembre.
Les condiments alliacés contiennent des dérivés de l'alcool allylique et sont fournis par la famille des liliacées : ail, échalotte, ciboule, oignon, et des crucifères : moutarde, raifort, cresson.
Les condiments acides excitent le goût et l'appétit par leurs acides organiques, les plus employés sont : le vinaigre, le citron, etc.

Aliments minéraux. — L'organisme a besoin de remplacer d'une façon constante, les éléments minéraux qu'il élimine quotidiennement.

A. Gautier évalue les pertes minérales d'un adulte en vingt-quatre heures aux quantités suivantes :

BASES		ACIDES	
Potasse	3,22	Acide phosphorique	3,90
Soude	7,70	Acide sulfurique	2,03
Chaux	1,47	Silice	0,25
Magnésie	0,56	Chlore	8,50
Fer	0,04		

La plus grande partie de ces aliments minéraux sont fournis par les aliments organiques de la ration alimentaire, surtout par les graisses et les farineux.

Le chlore est fourni par le sel que l'on ajoute comme condiment, et une partie de la chaux et de la magnésie est apportée par l'eau de boisson.

L'expérience montre que la nourriture prise par les animaux doit normalement contenir :

1° Des albuminoïdes; 2° des graisses; 3° des hydrates de carbone; 4° des sels minéraux; 5° de l'eau.

Ces divers principes nutritifs se trouvent inégalement répartis dans les substance alimentaires.

Ration alimentaire. — L'homme et les animaux par le choix de leurs aliments au double point de vue qualitatif et quantitatif arrivent instinctivement à absorber chacun des principes alimentaires en proportion nécessaire et suffisante pour couvrir leurs pertes et fournir l'énergie nécessaire à la vie.

Diverses méthodes permettent au médecin de connaître la valeur nutritive de la ration alimentaire normale de l'homme.

Les résultats obtenus sont très voisins, et la moyenne de ces résultats donne une ration journalière de :

Albumine	111 gr. 2
Graisses	84 — 5
Hydrates de carbone	337 — 6

produisant une énergie de : 2.788.53 calories.

L'expérience montre que la ration alimentaire peut varier dans sa composition dans d'assez grandes limites, que chaque individu peut substituer une espèce d'aliment à une autre : les graisses aux albuminoïdes, les hydrates de carbone aux graisses; à la condition que l'énergie totale de la ration, c'est-à-dire le nombre de calories dégagé par la combustion des divers aliments, reste sensiblement constante.

Rations isodynames. — On appelle rations isodynames, deux ou plusieurs rations alimentaires qui possèdent la même énergie totale, c'est à-dire dégagent un même nombre de calories dans l'organisme, quelles que soient leurs compositions relatives en principes nutritifs (Rübner).

On appelle équivalent isodyname d'un aliment, une quantité de cet aliment, capable de dégager le même énergie que celle dégagée par l'aliment auquel on le substitue.

Albuminoïdes	20 gr. 83
Graisses	10 — 20
Hydrates de carbone	23 — 69
Alcool	14 — 28

sont isodynames entre eux, car ces diverses quantités de différents principes nutritifs dégagent chacune 100 calories dans l'organisme.

ÉQUIVALENTS ISODYNAMES DE QUELQUES ALIMENTS CORRESPONDANT A UNE ÉNERGIE DE 100 CALORIES

Bœuf	64 gr. 31	Pain	38 gr. 44
Jambon	24 — 05	Haricots secs	27 — 24
Poulet gras	54 — 08	Lentilles	25 — 96
Pigeon	83 — 91	Pommes de terre	108 — 56
Morue salée et sechée	25 — 08	Carottes	210 — 30
Sole	110 — 13	Haricots verts	239 — 30
Œuf	55 — 22	Laitue pommée	528 — 00
Lait	138 — 99	Chocolat	21 — 49
Beurre	11 — 74	Miel	31 — 38
Gruyère	22 — 77		

On peut, dans une ration alimentaire, substituer les uns aux autres ces divers aliments, dans les proportions indiquées dans le tableau; l'organisme aura toujours à sa disposition 100 calories.

Une question se pose naturellement à l'esprit. Les régimes isodynames ont-ils la même valeur nutritive quelle que soit leur composition? N'y a-t-il aucun inconvénient à remplacer dans une ration alimentaire donnée une notable quantité d'albumine par une quantité isodyname de graisse, de sucre ou d'amidon, et réciproquement?

Alimentation albuminoïde exclusive. — C. Voit et Bischoff, Pettenkoffer et Pflüger ont essayé de nourrir des chiens exclusivement avec de la viande maigre, ils ont réussi à faire vivre l'animal et même à lui faire fournir un travail assez considérable. Mais la quantité de chair musculaire nécessaire à l'animal pour lui conserver son poids est très élevée. Un chien de 35 kilogrammes doit absorber 1.500 grammes de viande pour se maintenir en équilibre azoté, soit 42 gr. 25 par kilogramme d'animal.

Si on augmente la ration de viande, l'animal n'en profite pas, celle-ci est rejetée en nature, et la perte d'azote de l'organisme devient supérieure à la quantité d'azote fournie par l'alimentation.

L'animal, même lorsqu'il est soumis à un régime albuminoïde exclusif, doit continuer à se faire une réserve de corps gras et d'hydrates de carbone : glycogène et glucose, qui sont indispensables pour permettre le fonctionnement de ses muscles. C'est par un surcoît de travail des cellules hépatiques que se font ces transformations; il en résulte une grande quantité de produits azotés cristallisables ; leucomaïnes, xanthiques et créatiniques ; urée, etc.

Les organes sécrétoires et excrétoires sont surmenés; lorsqu'ils deviennent insuffisants, il s'établit alors l'état de maladie. Chez l'homme, les choses se passent comme chez le chien.

J. Ranke expérimentant sur lui-même a pu prendre pendant deux jours 2.000 grammes de viande par jour; mais le troisième jour quoique bien présentée et appétissante, il ne put en manger que 1.280 grammes; l'ingestion de la viande lui occasionnant des nausées et de la céphalalgie.

L'alimentation exclusivement albuminoïde devint bientôt répugnante et nuisible, elle n'est pas capable de compléter les réserves protéiques, grasses et hydrocarbonées nécessaires à l'être vivant.

La transformation intensive des albuminoïdes en graisses et hydrates de carbone, qui se produit au niveau du foie, amène rapidement une insuffisance hépatique et rénale, la santé est détruite et la vie de l'organisme est menacée.

Régime mixte. — Si on ajoute au régime carné des graisses ou des hydrates de carbone, la quantité d'albuminoïdes nécessaires pour compenser les pertes en azote diminue considérablement. C. Voit et Forster ont expérimenté sur eux-mêmes et sont tous deux arrivés au même résultat.

Voit :

DATES	VIANDE ingérée.	HYDRATES de carbone ingérés.	GRAISSE ingérée.	ALBUMINOIDES désassimilés.
1 jour.....	2.000	0	0	2.044
5 jours suivants.....	2.000	250	0	1.793
5 jours suivants.....	2.000	0	250	1.883
Forster :				
4 jours.....	500	0	300	436
	500	0	0	522

Les hydrates de carbone, les graisses favorisent l'assimilation; ils entravent la désassimilation des matières albuminoïdes.

Les albuminoïdes peuvent être substitués dans de grandes limites aux principes ternaires.

Régimes gras et hydrocarbonés. — Quelles que soient les quantités de matières ternaires : graisses ou hydrates de carbone (sucre, amidon) ingérées, on n'arrive pas à protéger l'animal contre la désassimilation de ses tissus albuminoïdes.

Les carnivores ou omnivores nourris exclusivement d'hydrates de carbone ou de graisses dépérissent presque aussi vite que s'ils étaient en inanition (Magendie); ils font quelquefois, tout en dépérissant, une légère provision de graisse.

Si on ajoute à ce régime une petite quantité d'albuminoïde, l'excrétion d'urée diminue, l'animal engraisse.

Munk a constaté qu'il est nécessaire de donner à l'animal une quantité d'aliments albuminoïdes, légèrement supérieure à celle qui serait capable de fournir la proportion d'azote désassimilée pendant l'inaction.

Si on ne leur donne que strictement le minimum d'azote albuminoïde, l'équilibre azoté se maintient; mais au bout de quelques semaines apparaissent des troubles digestifs. l'animal devient ictérique, il refuse la nourriture et meurt.

Les hydrates de carbone peuvent remplacer les graisses presque totalement, et réciproquement les graisses peuvent être substituées aux hydrates de carbone.

Pour l'homme des climats tempérés, les hydrates de carbone sont plus facilement digérés et assimilés, ils favorisent l'assimilation des albuminoïdes et protègent les réserves des matières grasses, qu'ils contribuent à augmenter.

Mais dans certaines contrées, l'homme peut par atavisme se nourrir exclusivement de chairs grasses. Les Esquimaux, les Groenlandais, les Ostiaks, les Pêcheurs de la mer Rouge, les Gauchos des pampas de l'Amérique, vivent exclusivement des produits de leur pêche et de leur chasse.

Ration albuminoïde minimum. — L'équilibre azoté peut se maintenir avec des quantités d'albumine très faibles :

Hirschfeld put ne manger que 43 gr. 9 d'albumine et se maintenir en équilibre azoté à condition de prendre en même temps 165 grammes de beurre et 350 grammes d'hydrates de carbone.

Klemperer ne prenait que 30 grammes d'albumine et se maintenait en équilibre azoté en consommant, en outre, 262 grammes de graisses, 406 grammes d'hydrates de carbone et 199 grammes d'alcool.

A. Gautier établit par ses observations et ses statistiques que le minimum d'albuminoïde nécessaire à la ration quotidienne de l'homme au repos dans un climat tempéré est de 81 grammes environ : variant de 75 à 88 grammes. La ration alimentaire minimum serait ainsi calculée :

	Grammes.	Calories dégagées
Albuminoides	78	328
Graisses	50	465
Hydrate de carbone	488	2.007
Energie totale		2.800 calories.

Ration de travail. — Lorsque l'homme travaille, il faut lui donner en outre de sa ration d'entretien une ration supplémentaire proportionnelle au travail qu'il doit fournir.

Il faut remarquer que dans les rations de travail, la quantité d'albuminoïdes ingérés est uniformément augmentée. L'ouvrier qui travaille mange plus de viande. La viande est l'aliment particulièrement apte à exciter le travail.

Il n'est pas indifférent de fournir au travailleur ses albuminoïdes sous forme de bœuf, de poisson, de pain ou de légumes.

Les principes albuminoïdes d'origine végétale ne sont assimilés que dans la proportion de 83 0/0; ceux de la viande, dans la proportion de 96 0/0, 18 0/0 de l'énergie alimentaire sont transformés en travail mécanique.

Le travail muscuaire augmente sensiblement la production de l'urée (A. Gauthier); mais cette destruction est de beaucoup inférieure à celle des autres aliments : hydrates de carbone et graisse. Chez les individus gras et surabondamment nourris, le travail n'augmente pas sensiblement la proportion d'urée éliminée (Pettenhoker et Voit).

Préparation des aliments. — L'aspect, l'odeur, la saveur des aliments jouent un grand rôle sur leur digestibilité ainsi que l'a montré Pawlow.

Il faut donc s'efforcer d'exciter l'appétit en présentant des aliments bien préparés. Les viandes seront de préférence rôties, grillées plutôt que bouillies.

Il faut se rappeler que la graisse qui imbibe la fibre musculaire retarde la digestion de cette fibre, n'user que modérément des graisses et du beurre pour accommoder les viandes.

La cuisson des viandes est nécessaire pour détruire certains parasites : cysticerques, etc.

Les aliments doivent être pris chauds, mais on ne doit pas dépasser 50°; tout aliment qui pénètre dans l'estomac à une température supérieure hyperémie la muqueuse, et compromet la sécrétion des sucs digestifs.

Distribution des repas. — Le repas du milieu de la journée est en général le plus abondant, le médecin doit régler ces menus détails suivant le tempérament de ses malades.

La nature des aliments doit être variée de façon à exciter l'appétit, l'usage en règle le détail suivant les pays.

RÉGIMES ALIMENTAIRES

Les régimes alimentaires ont pour but d'assurer l'alimentation en réglementant la nature et la quantité des aliments dans un but diététique économique ou thérapeutique.

Les régimes doivent varier suivant les climats, les saisons, le poids des individus, leur taille, le genre de leurs travaux, l'âge, l'état de santé ou de maladie.

Régime du nouveau-né. — Le meilleur régime pour l'enfant est l'allaitement maternel. Si on doit recourir à l'allaitement artificiel, il faut avoir soin de stériliser le lait pour éviter l'introduction de germes nuisibles et de toxines.

A partir du septième mois, on peut commencer à donner des bouillies avec des farines d'avoine, de froment, d'orge.

Il ne faut pas donner à l'enfant un excès de nourriture, c'est la cause la plus fréquente des troubles gastro-intestinaux qu'on observe pendant le premier âge.

Régime de l'enfant. — De la deuxième année à la sixième année, l'enfant doit progressivement s'habituer au régime de ses parents.

On doit progressivement remplacer le lait qui doit encore faire la base de sa nourriture par d'autres aliments : farines, sucres, œufs, légumes verts et farineux, viandes rôties, cervelles, poissons bouillis, etc.

Il faut proscrire le vin, les boissons fermentées, les pâtisseries, les aliments trop gras.

Eviter de suralimenter l'enfant, donner des repas légers toutes les quatre ou cinq heures.

Régime de l'adolescent. — Ce régime peut comporter tous les aliments s'ils sont bien digérés ; mais il faut s'abstenir d'excitants : thé, café, alcool.

Régime de l'adulte. — On doit user avec modération de tous les aliments en composant le menu de façon à répondre aux rations moyennes calculées ci-dessus.

On doit diviser ses repas en 3 ou 4 par jours. La masse la plus abondante de nourriture devra être prise préférablement au repas de midi.

Régime d'abstinence. — Dans l'alimentation insuffisante, la diminution de poids est au début de 2 kilogrammes à 2 kg. 5 la première semaine, puis les tissus s'hydratent,

il y a apparition d'œdème. Gaspard l'a bien noté dans ses observations à propos de la disette qui désola le centre de la France en 1847.

Régime de suralimentation. — L'alimentation exagérée a presque toujours pour conséquence l'obésité et l'arthritisme, surtout lorsque la suralimentation porte sur les aliments carnés. Elle encombre l'organisme de produits de déchets et de toxines, on observe tout un ensemble de phénomènes morbides décrits par certains auteurs sous le nom d'albuminisme.

Dans certains cas pathologiques la suralimentation azotée est nécessaire, on prescrit alors 150 à 250 grammes de viande crue ou légèrement grillée.

On peut avec avantage prescrire dans certains cas la poudre de viande à la place de viande (Debove).

Il vaut mieux recourir à la viande crue si le malade peut la supporter.

La suralimentation en graisses peut s'obtenir avec les aliments gras : beurre, crême de lait, les poissons gras, etc., mais il faut se rappeler que la graisse ralentit la digestion ; il vaut mieux recourir, lorsqu'on veut donner aux malades d'importants excès de nourriture, aptes à donner de la graisse, à la suralimentation hydrocarbonée. Prescrire du sucre, des purées de pommes de terre, surtout des purées légumineuses : haricots et lentilles, car ces aliments apportent à l'organisme, non seulement des hydrates de carbone, mais encore des albuminoïdes et des sels minéraux, notamment des phosphates.

Régime carné. — Nous avons déjà vu les inconvénients d'une alimentation albuminoïde exclusive.

Le régime carné exagéré diminue les oxydations et surmène les fonctions hépatiques. Il produit de l'hypertension artérielle, de la fatigue du cœur et devient une des causes prédisposantes à la neurasthénie et à l'artériosclérose.

Régime lacté. — Le régime lacté exclusif est le régime de choix pour le nouveau-né. On ne saurait en dire autant, sans réserve, pour l'adulte.

Le médecin ordonne en général trop facilement le régime lacté et sans en déterminer suffisamment les détails.

Donner trois litres de lait à un adulte en vingt-quatre heures, c'est lui donner :

Albuminoïdes	109 grammes	86
Graisses	108 —	60
Hydrates de carbone	134 —	40

et seulement 2.158,50 calories.

Il convient donc d'augmenter la proportion d'aliments ternaires, notamment des hydrates de carbone en ajoutant du sucre et des farines au lait prescrit.

Le régime lacté à l'avantage de fournir à l'organisme des aliments albuminoides faciles à assimiler.

Le régime lacté agit comme un diurétique léger ; il provoque quelquefois de l'hypertension artérielle, car il introduit une quantité d'eau exagérée dans l'organisme.

Régime végétarien. — On oppose souvent le régime végétarien au régime carné, et de nombreuses personnes s'imaginent que le régime végétarien doit être l'opposé de l'alimentation albuminoïde.

La composition élémentaire des aliments d'origine végétale nous montre qu'ils renferment souvent une forte proportion d'albuminoïdes.

Les pois, haricots et lentilles contiennent une proportion d'albuminoïdes égal à la moitié des hydrates de carbone.

Les champignons contiennent plus d'albuminoïdes que d'hydrates de carbone.

L'expérience montre que l'alimentation exclusivement végétale suffit à maintenir l'énergie physique et la bonne santé.

On peut du reste obtenir facilement un régime végétarien, qui renferme la quantité d'albuminoïdes nécessaire à l'organisme.

Il faut en outre remarquer que le plus souvent on ajoute aux végétaux des aliments d'origine animale : lait, œufs, beurre, fromage, qui apportent à la ration alimentaire la proportion de graisse et d'albuminoïdes qui fait défaut dans certains végétaux.

Ainsi mitigé, le régime végétarien possède le grand avantage d'alcaliniser le sang, d'accélérer les oxydations, de diminuer les déchets azotés de l'organisme et les toxines. Il convient pour combattre les affections de la peau, l'arthritisme et la congestion des organes.

RÉGIME ALIMENTAIRES DANS LES MALADIES

Le régime alimentaire doit être prescrit avec soin par le médecin, dans la plupart des états morbides, et principalement dans les maladies chroniques.

Nous donnons ici quelques règles générales qui permettront au praticien de formuler un régime.

Obésité. — L'obésité est considérée chez les peuples civilisés comme un état maladif. L'accumulation de graisses dans l'organisme provoque des troubles de la santé et un affaiblissement de la plupart des fonctions.

Les causes de l'obésité sont souvent très différentes, on doit distinguer entre l'embonpoint pléthorique, simple accumulation de graisse dans l'organisme d'un gros mangeur, et l'embonpoint anémique, accumulation de graisse et dégénérescence graisseuse chez un individu qui ne mange pas en excès.

On doit classer les causes de l'obésité en causes prédisposantes ; l'hérédité, l'âge, le tempérament.

Et causes déterminantes : régime de suralimentation, usage de spiritueux, surtout de bière, défaut d'exercice, etc.

Le régime des obèses doit ne fournir qu'une quantité d'énergie inférieure aux dépenses.

Les méthodes les plus célèbres sont celles : de Harwey qui l'appliqua sur un malade du nom de Banting ; il consistait dans la suppression presque totale des aliments gras et des hydrates de carbone.

Le régime de Vogel, moins sévère en ce qu'il ne supprime pas totalement les hydrates de carbone.

Le régime d'Œrtel, riche en albumine, pauvre en graisses, en hydrates de carbone et pauvre en eau.

Le régime d'Ebstein, riche en graisses, pauvre en albumine et en hydrates de carbone.

	ALBUMINE	GRAISSES	HYDRATES de carbone	CALORIES	EAU
	grammes.	grammes.	grammes.	calories.	cent. cubes.
Régime de HARWEY.	280	7,5	85	1.150	
— ŒRTEL...	170	43,5	114	1.560	1.300
— EBSTEIN..	105	100	50	1.400	

Ces quatre méthodes ont permis d'entreprendre avec succès la cure de l'obésité.

On doit aider à la cure par le régime, par l'exercice de la marche, et par de légères purgations répétées.

Arthritisme, goutte, gravelle. — Ces maladies sont caractérisées par l'accumulation

dans l'organisme d'acide urique et oxalique, ou plutôt par la précipitation des urates et des oxalates; les liquides de l'économie étant en état d'hyperacidité.

Gannod défendait l'usage abondant de la viande, de toutes substances riches en azote, il défendait aussi les spiritueux et ne permettait que peu de graisse.

Cantani prescrivait un régime riche en végétaux verts (cresson, chicorée, salades) avec des quantités modérées de poisson, de viande et d'œuf.

Ebstein restreint toute l'alimentation, même les hydrates de carbone.

Ewald prescrit surtout une alimentation par les végétaux verts et permet 150 grammes de viande; poisson, volaille ou bœuf tendre, il proscrit les aliments acides d'une façon absolue.

Le régime de l'arthritique prescrit par les médecins actuels s'efforce d'éviter l'absorption d'aliments susceptibles de fournir des bases xanthiques et de l'acide oxalique à l'oganisme.

Aliments permis: Œufs, lait, viande de boucherie en petite quantité; légumes verts: tomates, carottes, etc. ; légumes secs : lentilles, haricots secs, etc. ; pommes de terre ; compotes de fruits, raisins, prunes, orange, pommes, poires, citrons, etc. ; vins légers, en petite quantité; cidre.

Aliments défendus: Tous les condiments et épices : les petits pois, haricots verts, oseille, épinards, rhubarbe, chocolat, cacao, café, cognac et le pain.

Aider le régime par une hygiène appropriée, bains chauds, lotions froides avec frictions, marche, gymnastique, etc.

Dyspepsies. — Le régime dans les dyspepsies dépend tout d'abord de l'état des fonctions de l'estomac.

Dans les dyspepsies chroniques, on doit interdire toute substance qui ralentit le chimisme gastrique : aliments gras, ceux qui fermentent facilement ; hydrates de carbone, ceux qui séjournent longtemps dans l'estomac sans y être attaqués : aliments riches en cellulose, salades, choux, pain grossier.

Dans les cas graves, prescrire le régime lacté, et surtout le lait écrémé, ou même le képhir écrémé.

Puis revenir progressivement à l'alimentation normale en permettant les bouillies, les purées, les légumes secs décortiqués, puis la viande grillée hachée ; remplacer le pain par des biscottes et du pain grillé.

Assurer l'antisepsie du tube digestif. On ne peut entrer ici dans le détail des régimes des diverses dyspepsies. Ne pas donner de médicaments alcalins au moment du repas chez les hyperchlorhydriques, on augmenterait encore l'hyperchlorhydrie; les malades hypochlorhydriques se trouvent bien de l'ingestion de sucs gastriques d'animaux naturels ou artificiels.

Constipation chronique. — La constipation chronique peut être due à différentes causes. L'alimentation peut être la cause de la constipation lorsqu'elle contient trop peu de liquides, trop peu de graisses, trop peu de cellulose et trop de tannin.

On doit chercher à obtenir la guérison par le régime et la pratique populaire de boire deux verres d'eau fraîche le matin à jeun, ordonner un régime végétarien laxatif :

Légumes verts, fruits crus, cidre, lait doux, petit lait, miel, pain de son, pruneaux, etc.

Défendu : Le vin rouge tannique, le thé, le riz, les biscuits, le pain blanc, les pommes de terre.

Diarrhées chroniques. — Le régime dans la diarrhée doit être l'inverse du régime des constipés; la décoction de riz, la macération du thé, les vins tanniques sont de bons adjuvants aux moyens thérapeutiques.

Mais la diarrhée chronique peut être due à d'autres causes qu'il faut dépister, notamment à l'excès de nourriture, à l'infection de l'intestin, etc.

Diabète sucré. — Le régime dans le diabète sucré à longtemps consisté en la sup-

pression plus ou moins complète de tous les aliments hydrocarbonés, sous le fallacieux prétexte qu'ils étaient susceptibles de donner du glucose.

Si certaines glycosuries s'amendaient par ce sévère régime, d'autres persistaient, et les malades alimentés insuffisamment se cachectisaient plus rapidement.

Les travaux du Pr A. Gilbert sur l'origine hépatique du diabète, apportant une meilleure notion étiologique de ces affections, ont montré que les régimes devaient varier suivant chaque cas.

En règle générale, l'alimentation des diabétiques doit être riche et variée, comporter des aliments gras et azotés: viandes, poissons, mollusques, œufs, beurre, fromage.

Des végétaux frais, des fruits, et même des aliments amylacés en faible proportion, surtout des pommes de terre.

Le lait, qui était généralement proscrit par les anciens médecins, peut, dans certains diabètes, être d'une grande utilité.

Voici la liste des aliments défendus par Bouchardat, Dickinson et Naunyn.

Sucre, miel, farine, pain, aliments farineux, riz, gruau, arrow root, sagou, tapioca, farine d'avoine, d'orge; légumes, racines: carottes, navets, bettes, oignons, radis, céleris, rhubarbes, pois, chataignes; tous les fruits doux et conserves de fruits; lait, petit-lait, lait écrémé, chocolat; bière, champagne, vin mousseux, limonade, vin de porto, madère et autres vins sucrés, liqueurs.

Albuminurie, néphrite.— Le régime lacté est le régime de choix dans les cas graves.

Si le rein est moyennement perméable on peut graduellement prescrire un régime mitigé avec des féculents et des végétaux.

Widal, Achard ont même fait entrer dans le régime des brightiques, la viande et le pain sans sel.

Oertel, Lowenmeyer permettent les œufs.

Huchard est ennemi de toute alimentation carnée.

Tuberculose. — Le régime du tuberculeux doit être un régime de suralimentation; mais il faut avoir soin de ne pas surmener le tube digestif.

Insister sur les aliments gras et azotés; les œufs sous toutes leurs formes doivent être pris en abondance; de 4 à 12 par vingt-quatre heures si le malade peut les digérer sans dégoût. Tout tuberculeux qui se nourrit et gagne du poids marche vers la guérison.

Maladies aiguës. — La diète, qui fut longtemps en honneur dans le traitement des maladies aiguës, perd chaque jour ses partisans farouches. On s'efforce actuellement, même dans la fièvre typhoïde, à soutenir le malade non seulement par les excitants nerveux, bouillon, café, thé, alcool; mais encore de lui fournir l'énergie dont il a besoin sous forme d'aliments facilement assimilables: sucre, lait, œufs, etc.

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 23 novembre 1904

Présidence de M. Mathieu

M. Deschamps lit une communication intitulée : *Nutrition et thermogénèse*. Pour l'orateur, le rayonnement est une fonction qui demande, pour s'exercer, un nombre très grand de calories. Or, l'obèse assimilant un nombre plus grand de calories qu'il n'en dépense, on peut, en favorisant le rayonnement, arriver à faire maigrir un sujet sans que ses autres fonctions ne souffrent. Il faut donc apprendre à l'obèse à résister à sa frilosité, l'empêcher de se couvrir de vêtements mauvais conducteurs de la chaleur, et arriver de cette façon à activer la fonction de rayonnement, qui joue un rôle analogue à la fonction musculaire. C'est pour avoir négligé ce facteur important que tant de cures contre l'obésité donnent des insuccès.

L'auteur donne à ses obèses des bains à 34° qu'il refroidit lentement : pendant l'immersion, le pouls se ralentit et la sensation de froid apparaît au bout de quelques instants. Il faut alors interrompre le refroidissement, et si la limite de l'endurance n'est pas atteinte à ce moment, on voit le pouls et la température s'élever rapidement. Le maximum de température interne correspond à un nombre constant de pulsations. Pendant que le poids diminue, car pour faire place au rayonnement, l'organisme a utilisé les matériaux accumulés, les forces augmentent.

Tous les obèses ne réagissent point au même degré vis-à-vis de cette balnéation, qui sera quotidienne de préférence. Aussi l'orateur n'assigne-t-il pas, au préalable, une limite à son traitement. Chez les obèses ralentis, les enfants, le moment où se manifeste l'augmentation de température nécessaire à la réussite met souvent un temps assez long pour apparaître : il faudra souvent six bains avant d'arriver à ce résultat,

Peu à peu, on arrive à faire supporter des températures toujours plus basses aux sujets traités : leur frilosité diminue, ils se débarrassent de leurs vêtements épais, et le rayonnement augmente chez eux dans de grandes proportions, amenant une fonte du tissu adipeux.

La durée des bains varie de 15 à 40 minutes : ce dernier chiffre est le plus souvent atteint.

M. Deschamps lit une seconde communication concernait la *cure radicale de la ptose abdominale*. Le traitement classique est celui de la contention par la sangle : il a l'avantage de procurer un soulagement immédiat dans la plupart des cas, mais la sangle ne fait qu'aggraver l'état, car l'appareil musculaire déjà insuffisant de la paroi abdominale est ainsi condamné au repos et s'atrophie pour cette raison. L'orateur, depuis quatre ans, a adopté une méthode thérapeutique entierement différente. Il enlève la sangle à tous ses malades et les traite par l'électricité. Le traitement dure de 1 à 3 mois ; il aboutit à rendre à la paroi abdominale sa tonicité musculaire et le ventre reprend une forme normale.

M. Linossier croit que l'orateur a été un peu sévère pour la sangle : elle possède des propriétés curatives, puisque nombre de malades peuvent la quitter au bout de quelque temps, parce qu'elle les a améliorés. L'aggravation due au port de la sangle, admise par M. Deschamps, est donc loin d'être constante.

En outre, la sangle, permet d'attendre la guérison qu'on cherche à obtenir par d'autres médications.

M. Deschamps maintient que la sangle est un support inutile ; comme les muscles abdominaux ne sont pas atrophiés dans ces cas, mais présentent simplement de l'insuffisance de tonicité, on peut tout espérer d'un traitement destiné à relever cette tonicité.

M. Laumonier est en principe d'accord pour la suppression de la sangle. Mais il a constaté, dans une série d'autopsies de ptosiques, une dégénérescence telle des muscles abdominaux, qu'il a peine à croire qu'un traitement électrique puisse réveiller des muscles de ce genre.

M. Bendersky estime que dans les cas prononcés, tous les traitements échouent. La sangle rend alors des services, car elle empêche que la ptose n'aille plus loin encore.

M. Hirtz, au point de vue clinique, est d'accord avec M. Laumonnier : la recherche des réactions électriques sur plus de 60 ptosiques lui a révélé que plus de la moitié des sujets présentait la réaction de dégénérescence.

M. Linossier rappelle que dans l'entéroptose, la paroi abdominale n'est pas tout, car on rencontre souvent des ptoses sans flaccidité des parois, et inversement des parois flaccides sans ptoses. Les ligaments suspenseurs de l'intestin jouent un rôle dans la genèse de ces affections.

M. Deschamps fait remarquer que sur 200 cas de ptose examinés par lui, il n'a jamais trouvé de réaction de dégénérescence. La contractilité faradique est toujours conservée, mais il faut la rechercher avec soin, avoir une bobine à très gros fil, trouver le nombre d'interruptions correspondant à celui des contractions musculaires, etc. Seule la polynévrite, qui n'existe pas dans la ptose abdominale, donne lieu à la réaction de dégénérescence;

Au fur et à mesure que les parois retrouvent leur tonicité, la distension des ligaments diminue sans qu'il soit nécessaire de traiter ceux-ci directement. On arrive toujours ainsi à supprimer la sangle, qui ne sera conservée que dans les cas où, à la suite d'une laparotomie, une cicatrice mal venue aura contracté des adhérences avec les muscles et s'opposera à tout traitement destiné à relever la tonicité de ces derniers.

L'orateur n'est arrivé que peu à peu à la conception actuelle du traitement des ptoses. Au début, ayant eu des malades besoigneuses à soigner, il voulut, quand la sangle devenait trop lâche, en faire acheter une seconde. Cette dépense ayant paru trop élevée à ses malades, il dut y renoncer et s'aperçut que cet achat devenait inutile par suite de l'amélioration progressive obtenue avec l'électrothérapie.

Les phénomènes neurasthéniques ne disparaissent pas forcément tous avec le traitement, mais ils s'atténut dans tous les cas.

Le traitement est en général de 3 mois et consiste en ceci : on commence par appliquer un courant continu (électrode de 80 cmc., intensité 30 à 40 mA.); on obtient au bout d'un certain temps une rubéfaction considérable de la peau. A ce moment, on s'adresse au courant faradique (bobine à fil de grosseur maxima, 15 à 20 secousses par seconde), et on cherche à obtenir le tétanos musculaire, On commence par traiter les droits, puis on passe aux obliques.

A mesure que l'on avance dans le traitement, on diminue la durée des applications galvaniques : du reste, on est obligé souvent de supprimer ce courant chez les malades très sensibles.

A supposer même que l'on rencontrât une réaction de dégénérescence vraie, ce ne serait pas une raison pour ne pas instituer le traitement, puisque dans les polynévrites on obtient avec lui des résultats excellents, malgré la présence de cette réaction.

M. Blondel a une grande confiance dans le traitement électrique de la ptose abdominale ; ce traitement est logique et évite l'action fâcheuse exercée par la sangle sur la tonicité musculaire. L'orateur depuis longtemps cherche à réveiller cette tonicité en recommandant à ses malades une série d'exercices gymnastiques s'adressant aux muscles de la paroi abdominale. Ces exercices conviennent du reste aussi aux hommes de bureau prédisposés au relâchement des parois du ventre. On ne doit pas immobiliser la sangle naturelle : c'est là un principe que M. Lucas-Championnière a mis en relief à propos du port des bas à varices.

M. Dcschamps répond qu'il conseille ces exercices à tous ses malades.

M. Burlureaux rappelle que le chant, bien compris, tonifie les muscles abdominaux.

M. Bendersky lit un travail concernant l'*exploration et le massage sous l'eau*. En pratiquant l'exploration ou le massage de la cavité abdominale sous l'eau, on obtient des résultats remarquables ; la résistance des parois musculaires est nulle, l'eau exerçant une action calmante, et l'on peut serrer le diagnostic dans les cas difficiles, alors qu'avec une exploration hors de l'eau on serait resté dans le vague. Pour l'examen des enfants, la méthode rend surtout de grands services.

Le massage sous l'eau, peut de son côté être pratiqué d'une façon bien autrement efficace que par la méthode ordinaire. On arrive à fouiller la cavité abdominale sans être arrêté par des spasmes musculaires.

Le médecin se placera de préférence vers la tête du malade.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies générales non infectieuses et intoxications

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Le traitement des glycosuries et du diabète, par Huchard et Fiessinger (*Journal des Praticiens*, 25 et 29 octobre 1904). — Le traitement s'inspirera plus de la glycosurie symptôme que de la forme même du diabète, à quelques différences près. Le *diabète pancréatique* se trouvera mal d'un séjour aux eaux minérales : les arsénicaux sont de même nuisibles. On recourra aux nervins (antipyrine, aspirine, 2 à 3 gr. par jour).

Les *diabètes nerveux* et *hépatique* réclament les mêmes médications : dans la première forme, le bromure de potassium (2 gr. par jour) et la valériane (5 à 15 gr. d'extrait) trouveront mieux toutefois leur emploi que dans le diabète hépatique.

Le régime alimentaire est le même pour les trois formes.

On permettra les pommes de terre cuites à l'eau (150 gr. par jour) : les divers pains médicamenteux sont tous passibles d'objections, sauf peut-être l'aleurone d'Ebstein, contenant une albumine végétale, l'aleuronat, mélangée avec un peu de farine de froment.

Le régime lacté pourra être ordonné en cas de diabète hépatique avec gros foie, mais on fera bien de surveiller les urines. Ce régime enfin sera indispensable si le diabète se complique de néphrosclérose.

Le malade doit boire à sa soif, surtout des tisanes de quassia, quinquina, petite centaurée : une bouteille de vin par jour constitue la quantité maximum : l'alcool, la bière, le cidre, les vins mousseux sucrés sont interdits. Le café et le thé sans sucre sont permis.

Les fruits ne seront autorisés qu'en petite quantité (pomme et pêche de préférence).

La suppression des farines et des sucres est nécessaire : toutes les viandes, à condition de n'être pas trop abondantes, sont permises. Le foie est interdit. Les œufs constituent un aliment de choix.

Les corps gras sont utiles : l'huile de foie de morue, si elle est supportée, est un excellent agent réparateur quand le sujet est déprimé.

Tous les légumes herbacés sont bons, les asperges seraient nuisibles.

Les diabétiques affaiblis ou anémiés n'iront pas aux eaux minérales.

Tous les médicaments qui diminuent l'activité fonctionnelle du foie réussissent : les alcalins, l'antipyrine ou l'aspirine et l'arsenic tiennent la tête. L'antipyrine, à la dose de 1 gr. 50 en deux paquets avant les principaux repas, sera continuée pendant 6 à 7 jours, puis on donnera l'arséniate de soude (4 à 5 milligr.). Si le sucre est abondant, les digestions bonnes, on prescrira :

Arséniate de soude.....	0 gr. 001
Codéïne.....	0 — 0005

Pour une pilule. Commencer par une avant le déjeuner et le dîner : augmenter d'une pilule tous les deux jours jusqu'à 3 avant déjeûner et 2 avant dîner. A continuer pendant 15 à 20 jours. On peut ajouter à cette formule 0 gr. 15 d'extrait de valériane pour modifier la polyurie.

La série antipyrine-arsenic dure 25 jours en tout, puis le malade se repose une quinzaine et recommence ensuite.

L'exercice sera modéré et progressif : l'exercice violent accélère la dénutrition et favorise l'apparition du coma diabétique.

Les douches tièdes sont permises : l'eau froide sera interdite aux diabétiques déprimés.

L'hygiène morale joue un grand rôle : on recommandera d'éviter les émotions.

É. Voer.

Emploi du suc testiculaire pour enrayer la croissance trop rapide s'accompagnant de troubles visuels, par L. Dor. (*Congrès International d'Opthal.*, Lucerne, septembre 1904). — On peut, dans crtains cas, faciliter la croissance (par la thyroïdine dans les formes frustes de myxœdème), mais on n'avait pas jusqu'alors de moyen pour enrayer cette croissance. Il est vrai que par la castration on est arrivé à arrêter le développement du squelette. On a pu aussi arrêter la croissance du lapin. (Maisonneuve), par des injections de suc testiculaire (préparation de Jacquet).

Chez l'homme, ces injections sont impraticables à cause de la trop grande quantité de liquide nécessaire. Aussi Dor a-t-il employé les tablettes de Jacquet, correspondant chacune à 3 gramme de glande fraîche ; il prescrit une tablette par jour. Ces tablettes sont très bien tolérées. Dor a eu recours à cette méthode dans cinq cas différents; une fois il a pratiqué des injections, dans les quatre autres cas, il s'est servi de pastilles. Il a obtenu ainsi un ralentissement de la croissance et un soulagement de l'asthénepie. Il reconnaît que le nombre de ses observations est encore trop limité pour permettre des conclusions cliniques bien certaines.

A. Darier.

Maladies infectieuses

Dr Lesage

Médecin des Hôpitaux.

Traitement de la diphtérie par la teinture de myrrhe, par Strœll (*Allgem. med. centr. z.*, 12 novembre 1904). — En 1897, l'auteur avait déjà relaté plus de 80 cas de diphtérie traités par une solution de teinture de myrrhe à 2 0/0 avec seulement un cas de mort. Les observations ont permis de reconnaître que la teinture de myrrhe est absolument inoffensive. Depuis cette époque, l'auteur a traité 60 autres cas par la solution à 4 0/0 avec ce résultat que les complications ont toujours fait défaut.

Voici la formule employée;

Teinture de myrrhe.	ãã	8 grammes
Glycérine.....		
Eau distillée.....		200 —

On fait prendre de cette potion une cuillerée à café toutes les heures pendant le jour, toutes les 2 heures pendant la nuit aux enfants d'un an, de deux ans à quinze une cuillerée à dessert, de 16 ans et chez les adultes une cuillerée à soupe. On rapproche ces doses dans les cas très graves. Lorsque l'amélioration s'est nettement produite, les malades prennent la potion toutes les deux heures pendant le jour, toutes les trois heures pendant la nuit. Si les fausses membranes ont complètemenr disparu, on soutient la médication toutes les trois heures pendant le jour. La chute des fausses membranes commence à se produire au plus tard au bout de 48 heures, dans les cas très graves seulement le cinquième ou le dixième jour, alors que la fièvre et l'abattement ont déjà disparu après vingt-quatre heures, si bien que le lendemain on peut trouver les enfants jouant dans leur lit.

Dans les cas légers il est inutile de faire un traitement local, mais il est certain cependant que le traitement local facilite la chute des fausses membranes. L'auteur ne recommande à cet effet que les inhalations ou les pulvérisations avec une solution de thymol à 1 0/00. Ces inhalations sont faites toutes les heures pendant le jour dans les cas de diphtérie pharyngée, et toutes les heures ou toutes les deux heures la nuit dans la diphtérie laryngée. Si les inhalations ne sont pas possibles, on fait gargariser soigneusement les malades avec une solution de résorcine à 5 0/00. Tant que les malades ont des troubles intenses de la déglutition, ils gardent de petits fragments de glace dans la bouche.

Lorsque la teinture de myrrhe a été prise pendant plusieurs jours, l'urine montre à l'ébullition un trouble qui tient à la présence des acides résineux, ce trouble se dissipe par l'addition d'alcool.

L'auteur explique l'action curative de la teinture de myrrhe par l'hyperleucocytose qui se produit sous l'influence du médicament. Trente gouttes de teinture de myrrhe suffisent pour faire quadrupler la quantité des leucocytes, de sorte que les moyens de défense de l'organisme contre les bacilles et les toxines sont fortement augmentés.

Au total, sur 140 cas il n'y a eu que trois cas de mort, l'un de diphtérie laryngée, les deux autres de nature septique.

L. Junon.

Traitement spécifique de la fièvre typhoïde par Morris Hackett (*Medical Record*, 15 octobre 1904). — Sous le nom un peu prématuré de traitement spécifique de la fièvre typhoïde, l'auteur a en vue un traitement mercuriel donné systématiquement aux typhiques sous forme de masse bleue, à dose de 0 gr. 06 à 0 gr. 12 toutes les trois heures depuis que le malade est observé jusqu'à ce qu'il survienne des modifications des gencives. Au début, il donne 0 gr. 60

de calomel qu'il fait suivre de sel de Sedlitz au bout de deux heures. Le traitement mercuriel supprimerait la nécessité des bains froids et même des lotions froides. Voici les conclusions de l'auteur.

Ce traitement est bien supporté par tous les malades, et il exige dans la fièvre typhoïde une plus grande quantité de mercure pour produire des symptômes du côté des gencives que dans les conditions normales.

Le traitement agirait sur les bacilles qu'il fait disparaître peu à peu, d'où l'abaissement progressif de la température. Le mercure maintiendrait ici les globules du sang et empêcherait les états d'anémie grave très communs avec les autres traitements. Le malade peut commencer à prendre des aliments solides dès que la température est normale, sans danger de récidive. Quelques jours après le début du traitement mercuriel, la langue redevient graduellement humide, l'haleine est moins fétide et les malades éprouvent une certaine appétence pour les aliments. Les selles perdent également leur odeur fétide. Il faut, bien entendu, éviter d'arriver à produire de la salivation et arrêter le traitement, dès qu'il y a quelque lésion des gencives.

L. Jumon.

Traitement de l'érysipèle, par Franke (*Therap. Monatshefte*, novembre 1904). — L'auteur recommande de recourir, pour limiter l'extension de l'érysipèle, à l'application d'une couche épaisse de collodion sur tout le pourtour du cuir chevelu, dans la partie non recouverte par les cheveux. Après un premier badigeonnage, on en fait d'autres, par-dessus le premier, à des intervalles de 10 à 15 secondes. Il recommande ensuite au patient de se servir le moins possible des muscles de la face, pour ne pas faire craqueler la couche de collodion.

La partie atteinte d'érysipèle est recouverte d'une pommade à l'ichthyol : on évitera de laisser en contact la pommade et le collodion, car ce dernier se dissoudrait.

Pour l'érysipèle des membres, on se servira de bandes étroites de sparadrap ; une première est placée à 2 cm. au-dessus du mal ; elle ne fait pas entièrement le tour du membre et laisse un espace égal à 1/5e de la circonférence, sans sparadrap.

Une seconde bande, placée 2 cm. plus haut, présente la même disposition : la partie non enserrée par la bande se trouve à l'opposé de la partie non enserrée par la première bande. Une troisième bande est placée dans les mêmes conditions, exactement aux points de la circonférence, correspondant à ceux occupés par la première bande.

En progressant, l'érysipèle ne franchit que rarement la première bande en passant par le cinquième non recouvert ; jamais il ne franchit la seconde bande.

E. Vogt.

La pustule maligne et son traitement. (*Journal des Praticiens*, 15 octobre 1904. — Dowley a eu l'occasion d'observer en Perse de nombreux cas de pustule maligne et recommande le traitement suivant : lavages, 2 ou 3 fois dans les 24 heures, avec une solution de sublimé au millième, et application de compresses imbibées de cette solution. Régime lacté absolu et deux cachets de 0 gr. 40 de chlorhydrate de quinine par jour ; si les cachets ne sont pas supportés, on utilisera la voie hypodermique.

E. Vogt.

Chirurgie générale

Dr Benoit

Ancien interne des hôpitaux

Diagnostic et traitement des abcès rétropharyngiens, par M. P. Tissier (*La Presse Thérapeutique*, 25 octobre 1904). — Dans une étude sur cette question d'intérêt si pratique, l'auteur s'attache à séparer les *abcès rétropharyngiens* proprement dits des variétés voisines, moins graves, les abcès *latéro-pharyngiens*. Ceux-ci doivent aussi être distingués de certains variétés d'amygdalite phlegmoneuse. Pour ne pas s'y tromper, il faut considérer que les complications graves sont plus rares qu'on ne pourrait le croire, d'après Broca et Morestin, qui auraient souvent considéré comme abcès profonds la *variété postérieure de l'abcès périamygdalien*. Voici quelques indications à cet égard. En cinq années, l'auteur a observé :

Abcès périamygdaliens.....	Variété antérieure	31 cas
	Variété postérieure	17 cas
Abcès latéro-pharyngiens		5 cas
Abcès rétro-pharyngiens.....		2 —

Outre la voussure que viennent former sur le voile du palais les abcès ou phlegmons amygdaliens, on ne trouvera certains signes que lorsque la suppuration siège dans l'espace rétro-pharyngien : à savoir : la tuméfaction, l'empâtement en arrière de l'angle de la mâchoire. L'évolution est beaucoup plus rapide ;

en deux à sept jours, l'ouverture se fait dans le pharynx. Les complications graves (hémorragies) sont liées à l'abcès latéro-pharyngien. Cette variété, à l'inverse de l'abcès rétro-pharyngien, aboutit assez souvent à la guérison par évacuation spontanée, soit au pharynx, soit à la peau. L'*adéno-phlegmon sous angulo-maxillaire*, consécutif à l'éruption de la dent de sagesse, donnerait souvent l'impression d'un abcès pharyngien; mais le trismus et la tuméfaction du cou, la grande difficulté que l'on éprouve à examiner la gorge ne permettront guère la confusion avec une périodontite de cette nature. Le traitement comporte des considérations très spéciales, suivant la variété. L'abcès rétropharyngien, bien qu'on l'ait observé à tout âge, est une maladie de l'enfance. Unilatéral au début, il dépasse la ligne médiane et, malgré la difficulté que l'on a à examiner les jeunes sujets, qui ont rarement dépassé deux ans, la saillie fluctuante vient repousser le doigt sur la paroi postérieure du pharynx. Les vaisseaux du cou, dans cette variété, sont refoulés en dehors. La *voie médiane* est donc la meilleure pour inciser hâtivement avant l'infection du tissu cellulaire du cou. Dans l'abcès aigu, la voie cutanée est à repousser, parce qu'elle nécessite l'anesthésie, qui est par elle-même un danger. Donc, l'index gauche protégé servant à la fois d'abaisse-langue et de guide, on limitera à un centimètre de la pointe par de la gaze, l'*incision médiane verticale* de deux centimètres par laquelle on évacuera le pus. C'était la pratique de Saint-Germain. On retourne aussitôt l'enfant, qui était couché sur le dos, et on incline sa tête en avant pour éviter l'irruption du pus dans les voies aériennes. Il est inutile de laver à la suite, mais on surveillera les jours suivants l'incision et on la maintiendra ouverte avec la sonde cannelée. La guérison est très rapide.

On a noté la mort subite à la suite de l'ouverture de l'abcès. Pourtant la mort par hémorragie n'est pas fréquente, si ces précautions sont bien suivies et le diagnostic bien établi.

Dans la variété suivante, l'*abcès latéro-pharyngien*, le traitement diffère sensiblement. C'est dans l'espace cellulaire maxillo-pharyngien que siège l'abcès; il est donc limité en *dedans* par l'aponévrose latérale du pharynx, en *arrière* par l'aponévrose prévertébrale, en *avant* par le diaphragme stylien. Cet espace contient le gros paquet vasculo-nerveux du cou. Les ganglions reçoivent les lymphatiques de l'amygdale, du voile du palais et de la base de la langue. On observe donc l'abcès à titre de complication des lésions de ces diverses parties. Les *adultes* y sont aussi enclins que les enfants. La dyspnée est moindre que dans l'abcès rétropharygien, la *dysphagie* est considérable, par contre; il y a de la toux et des efforts de vomissements, avec de la fièvre et souvent convulsion et délire, par compression du pneumogastrique. Objectivement, du torticolis, une tuméfaction douloureuse en arrière de l'angle de la mâchoire et en avant du sterno-mastoïdien, soulevé à sa partie supérieure.

Par la palpation bi-manuelle, on apprécie le siège de la tumeur et sa fluctuation, ainsi que les battements de la carotide refoulée assez souvent *en dedans* (Broca). La *tuméfation* se montre sous l'aspect d'un *bourrelet vertical* non confondu avec le pilier postérieur, comme dans les amygdalites phlegmoneuses, mais bien *en arrière de ce pilier*, refoulant en masse l'amygdale vers la ligne médiane. Dans ces conditions, le *traitement* est sous la dépendance étroite d'un diagnostic exact. Tant que l'on peut espérer l'ouverture spontanée, ou même la résolution, on se bornera à de larges irrigations chaudes à l'acide salicylique 0 gr. 50 à 1 0/00, au salicylate de soude 1 0/00; à l'enveloppement chaud et humide du cou, qui calme la douleur. La glace convient aussi à quelques sujets; on peut installer une vessie de glace sur une couche de flanelle interposée et la maintenir en place sans interruption. La suppuration établie, tout retard dans l'ouverture peut exposer à des complications vasculaires graves. *La voie pharyngée* sera ici exceptionnelle. On n'y aura recours que pour agrandir à la *sonde cannelée* un orifice déjà formé, ou en ouvrant les mors d'une pince hémostatique dans la poche. Si l'ouverture spontanée ou chirurgicale n'est pas suivie d'amélioration rapide, on interviendra par la *voie cutanée*. Cette voie est la seule à suivre, en cas de non ouverture spontanée. Longue incision immédiatement *sur le bord antérieur du sterno-cléidomastoïdien* et parallèle à ce bord. Broca conseille l'incision basse, pour relever la situation du paquet vasculo-nerveux. Extirper les ganglions enflammés saillants que l'on pourra sentir sous l'angle de la mâchoire. Se porter ensuite *avec la sonde cannelée* en haut, en dehors et en arrière, jusqu'à la coque suppurée, que l'on perforera. Se borner à agrandir l'orifice avec une pince hémostatique et drainer. On peut s'aider d'un doigt introduit dans le pharynx.

Si une hémorragie grave survient, la recherche directe étant trop longue et périlleuse, lier d'emblée la carotide primitive; on aura des chances sérieuses de guérison.

A. Benoit.

Extirpation par voie sous-cutanée, des ganglions lymphatiques tuberculeux du cou (*Therap. Monatshefte*, novembre 1904). — Miclescu dispose actuellement de 130 observations, démontrant les avantages de son procédé; celui-ci consiste à faire une boutonnière de petite dimension et à faire sortir par cette ouverture tous les ganglions hypertrophiés. Quatre cas peuvent se présenter.

1° *Mono-adénite mobile.* — On fixe le lymphome entre deux doigts de la main gauche, puis on le divise en deux moitiés au moyen d'un ténotome pointu et on extrait ces deux moitiés. On place dans la plaie un drain ou une mèche de gaze iodoformée. La guérison par première intention est obtenue en quelques jours avec cicatrice insignifiante.

4° *Mono-adénite caséeuse.* — On pratiquera un curettage énergique : pansement et drainage à la gaze iodoformée.

3° *Polyadénite en chaînon.* — On fait l'incision sur le ganglion le plus proéminent et on procède comme pour la monoadénite mobile. On incise ensuite et divise en deux moitiés un ganglion voisin, et l'on attire ces deux masses au moyen du crochet à travers la plaie. On continue ainsi pour tous les ganglions du pourtour de la plaie. On peut ainsi, grâce à une incision de 3 à 4 centimètres de long, extirper vingt à trente ganglions de tailles diverses. On place, après l'intervention, quelques points de suture sur la plaie. Drainage et pansement à la gaze iodoformée.

4° *Conglomérat de ganglions avec dégénérescence caséeuse.* — Ici, les difficultés sont beaucoup plus grandes, mais on parvient cependant, même dans ces cas, à énucléer toute la masse à travers une petite incision.

Pour l'ensemble des 130 cas, l'auteur n'a enregistré que 16 0/0 de récidives : les résultats esthétiques tardifs furent excellents chez les malades revus longtemps après l'intervention (50 0/0 environ). On fut, mais rarement, obligé d'agrandir l'incision pour aller atteindre des ganglions immobilisés par des adhérences.

E. Vogt.

Emploi du bleu de méthylène dans les tuberculoses chirurgicales, par Paul Chancel (*Le Nord médical*, 1er novembre 1904). — D'un grand nombre d'observations, l'auteur croit pouvoir conclure au rejet du bleu de méthylène dans l'adénite tuberculeuse simple, fermée, et à son emploi systématique dans les tuberculoses suppurées, qu'elles soient ou non ouvertes. Comme technique, il donne les conseils suivants :

1° Quand la collection est fermée : La ponction suivie d'une injection de bleu de méthylène en solution à 5 0/00. La quantité de bleu injectée doit être proportionnée aux dimensions de l'abcès ; en aucun cas, la dose ne doit être trop réduite. De cette façon, une ou deux injections suffisent d'ordinaire.

La guérison rapide est ici d'autant plus appréciée du malade, qu'il ne persiste aucune trace d'intervention, et que la peau reprend rapidement, si elle ne les a conservés, ses caractères normaux.

Il ne tient qu'à l'opérateur d'éviter la coloration de ses doigts et du champ opératoire, en prenant quelques précautions et en se servant d'une seringue qui fonctionne bien,

2° Qnand la collection est ouverte : après curettage des parois infectées et des os malades, après l'ablation des parties ramollies et des séquestres, le tamponnement de la plaie avec la gaze, au bleu de méthylène, imbibée d'une solution à 5 0/00, précédé ou non d'un attouchement général de la plaie avec un tampon imbibé de la solution 4 0/0, L'emploi de la gaze a l'avantage de ne pas tacher les doigts à condition qu'ils ne soient pas humides. Le tamponnement est changé tous les deux ou trois jours suivant l'abondance de l'écoulement pour les grandes cavités. Le pansement est fait au bout de cinq ou six jours pour abcès de moindre volume. Les autres peuvent être rapprochés pour enlever la mèche en temps opportun.

L. Jumon.

Traitement des fractures du nez, par MM. Martin (de Lyon) *XVIIe Congrès français de Chirurgie.* — La méthode de ces auteurs, déjà exposée au Congrès de 1900, comprend :

La *réduction* de la fracture, sous anesthésie générale, avec la pince-levier introduite dans les fosses nasales. Les cas anciens ne sont pas une contre-indication.

La *contention* de cette réduction, qui est faite, après aseptie de la cavité nasale, avec un appareil de leur contruction. Cet appareil est enlevé et nettoyé tous les six jours. On le maintient en place de quatre à six semaines. Ce temps est nécessaire, pour qu'on n'ait rien à redouter de la rétraction cicatricielle. La réduction a fait cesser chez un malade des épistaxis continuelles. Les moulages exhibés par les auteurs montrent le bon résultat esthétique.

A. Benoit.

L'appendicite chronique et son traitement, par Blair Bell (*Brit. med. J.*, 29 octobre 1904). — Le traitement de la typhlite est médical si la

typhlite a précédé l'appendicite. Une fois que l'appendice est affecté, le rôle du chirurgien est d'intervenir afin de pouvoir guérir la typhlite qui ne peut disparaître tant que l'appendice reste malade. Il est alors important de rappeler que les malades qui continuent apparemment à ressentir des troubles après que l'appendice a été enlevé ne doivent s'en prendre qu'à un manque de soins une fois que le chirurgien est intervenu. Il est en effet très rare que les malades auxquels on a enlevé l'appendice continuent à recevoir des soins dans la suite. Heureusement ils guérissent le plus souvent sans autre traitement, lorsque la principale cause d'irritation a été supprimée. L'auteur pense que dans les cas d'appendicite chronique, le cœcum appartient au médecin, tandis que l'appendice appartient au chirurgien et que l'appendicite chronique, l'origine de presque toutes les autres variétés, est en réalité une typhlite compliquée d'appendicite.

Tout cas de typhlite chronique qui résiste au traitement par les laxatifs, les lavages, un régime restreint et choisi, tout cas aggravé par le massage abdominal est probablement un cas compliqué d'appendicite chronique. L'auteur ne connaît pas de cas dans lequel il ait pratiqué l'opération pour cette dernière affection et dans lequel les troubles n'aient pas disparu complètement au bout de dix mois, mais il n'est pas prudent de promettre une guérison complète avant ce temps lorsqu'il existe en même temps une typhlite.

Considérations sur quelques méthodes de traitement de cancer du rectum, par Lewis Adler (*Therap. Gazette*, 15 octobre 1904). — L'auteur discute parmi les traitements à opposer au cancer du rectum : la radiothérapie, le traitement par le radium, l'extirpation, la colostomie.

Dans les cas où les rayons X ont été employés, l'état des malades s'est aggravé. Au bout de quelques semaines de traitement, la gêne du côté du rectum était augmentée, il y avait plus de ténesme, les malades avaient des nausées, de la perte d'appétit, la température s'élevait le soir, les forces diminuaient et finalement la cachexie faisait des progrès plus rapides.

Dans tous les cas la tumeur avait diminué de volume et les mouvements péristaltiques s'étaient accrus, mais pas assez pour que les selles fussent régulières.

L'auteur n'a pas beaucoup d'expérience sur les effets de traitement par le radium qui a été employé en même temps que les rayons X. Sa conclusion est qu'il n'y a pas à attendre des résultats nettement favorables de ces divers traitements.

L'extirpation est certainement le meilleur mode de traitement du cancer du rectum lorsque l'on peut intervenir de bonne heure, de manière à faire l'extirpation complète de la tumeur et de tous les ganglions infectés. Malheureusement, le cancer du rectum reste ignoré à ses débuts ou n'attire pas suffisamment l'attention des malades par ses symptômes pour donner lieu à une exploration du rectum. Il en résulte que l'opération complète ne peut être faite, d'après l'auteur, que dans 5 0/0 des cas, le diagnostic étant fait trop tardivement. En outre, les métastases sont fréquentes et les grandes opérations sont ici particulièrement dangereuses.

La colostomie est indiquée dans les cas inopérables du cancer du rectum et quelquefois comme opération préliminaire à l'excision des tumeurs considérées comme opérables. Dans le premier cas, on y a recours pour calmer la douleur, la diarrhée, le ténesme, la rétention des matières et d'autres symptômes pénibles d'obstruction. L'opération permet l'irrigation du rectum, de manière à assurer une propreté complète.

Elle donne une survie certaine et dans beaucoup de cas les malades augmentent de poids. Un des malades de l'auteur atteint de cancer du rectum a vécu huit ans après la colostomie. Le poids gagné par les malades après l'opération varie de quinze livres. L'auteur croit que cette opération doit être faite plus tôt qu'on ne la fait d'habitude.

L. Jumon.

Narcose générale par le chloréthyle, par Valude (Paris). (*Congrès International d'Ophtal.*, Lucerne, 1904). — La narcose demande 5 à 6 inspirations, une demi à une minute; et dure, pour une seule dose de 8 cc., de 2 à 3 minutes.

Pas de période d'excitation notable; pas de suites désagréables. Ce temps suffisant pour faire l'énucléation, l'exentération, la ténotomie l'iridectomie dans le glaucome (au besoin sur les deux yeux). Les vomissements étant très rares, avec lui on peut employer cet anesthésique, même quand le patient n'est pas à jeun.

Le dangers, d'après V. sont très minimes. Si la narcose doit être prolongée, on peut continuer à administrer le chloréthyle, cependant il vaut mieux employer le chloroforme. Cette narcose combinée est préférable à la narcose par le chloroforme seul (suppression de la pé-

riode d'excitation, de la contracture, des vomissements.

La masque construit par Palmer, de Paris, est très recommandable.

L'anesthésie par le chloréthyle est plus prolongée que celle produite par le bromure d'éthyle.

A. Darier.

Maladies des Voies digestives

Dr Soupault

Médecin des hôpitaux

L'hyperacidité du suc gastrique et son traitement (*Zeitschr. f. Klin. Medizin*, 53 fasc. 1904). — Le Pr von Noorden distingue trois types chimiques.

1° *Hyperacidité sans troubles stomacaux.* — L'auteur considère ce type comme très fréquent, chez les neurasthéniques surtout. Si l'on fait chez ces malades des examens systématiques du suc gastrique, on est étonné du nombre de cas où cette anomalie, même poussée à un haut degré, ne provoque aucune réaction sur le système nerveux stomacal. Pour provoquer des troubles dyspeptiques, il faut que le système nerveux stomacal soit irritable.

2° *Hyperacidité et constipation.* — Dans 2/3 des cas, l'hyperacidité s'accompagne de constipation : les troubles initiaux sont tantôt intestinaux, tantôt gastriques. Il arrive souvent qu'un traitement dirigé contre la constipation améliore en même temps l'hyperacidité. Dans d'autres cas, il n'en est pas ainsi : il est alors nécessaire d'envoyer ces malades dans une maison de santé, car le traitement est alors aussi long que difficile.

3° *Hyperacidité avec troubles de nutrition.* — L'hyperacidité est favorisée par l'existence d'un état général mauvais ; dans les cas de ce genre, c'est cet état général qu'il faut avant tout améliorer ; on se décidera alors à recourir à la suralimentation.

On sait du reste que Lenhartz n'hésite pas à suralimenter les malades atteints d'ulcère gastrique : v. Noorden ne peut que confirmer les bons résultats; obtenus par cet auteur 8 à 10 jours après une hématémèse, on commencera à suralimenter, de façon à atteindre dès la fin de la deuxième semaine 3.500 à 4.500 calories. Von Noorden fait gagner à ses malades 5 à 7 1/2 kilos en six semaines. Dans la moitié environ des cas d'ulcère stomacal, cette cure est indiquée.

E. Voet.

Ttaitement de la sténose hypertrophique congénitale du pylore, par H. S. Clogg (*Practitionner*, novembre 1904). — L'auteur a recueilli 33 cas d'opération. Quatre opérations différentes ont été faites : la pylorectomie, l'opération de Loreta ou la dilatation du pylore, la pyloroplastie et la gastro-entérostomie.

Si les soins de l'alimentation et les lavages ne donnent pas de l'amélioration en quelques jours, si les vomissements ne diminuent pas bientôt de fréquence, il ne faut pas différer davantage l'opération, afin que l'enfant ne s'affaiblisse pas trop.

L'opération est indiquée dans les cas de dilatation marquée de l'estomac.

La pylorectomie est de beaucoup l'opération la plus grave, et ne doit pas être faite avant l'emploi d'un traitement moins grave.

La pyloroplastie a été faite six fois, c'est une opération aussi grave que celle de Loreta, peut-être moins grave que la gastro-entérostomie. Sur six cas il y a eu quatre guérisons et deux morts. L'alimentation après la pyloroplastie paraît être plus difficile qu'après la gastro-entérostomie et la convalescence semble plus longue.

L'opération de Loreta a été pratiquée dix fois ; six cas ont guéri, quatre étaient bien portants : quelques semaines plus tard, un autre était en bonne santé un an et le dernier deux ans après l'opération. Dans un cas terminé par la mort, la pince perfora la paroi postérieure du duodénum pendant la dilatation. Dans un autre cas l'enfant à la suite d'une rechute dut subir la pylorectomie et mourut peu après.

L'opération de Loreta est la moins grave des opérations dont il vient d'être question, mais elle ne peut être recommandée par ses résultats.

La gastro-entérostomie a été faite 17 fois avec 10 morts et 7 guérisons. A première vue, elle sembla inférieure aux autres opérations, mais on peut faire valoir en sa faveur les raisons suivantes :

Si l'opération ne doit pas être différée trop longtemps et si l'enfant n'est pas devenu trop épuisé, il se remettra du choc opératoire aussi facilement que de celui des autres opérations.

Si l'enfant guérit de l'opération, la gastrot entérostomie donnera des résultats certains. Il n'est pas possible que les symptômes récidivent comme dans les deux autres opérations. On ne gagne pas à opérer sur ce pylore et il n'y a aucun désavantage à exclure du circuit le segment pylorique.

L'alimentation est plus facile après cette opération qu'après les deux autres et la convalescence est plus rapide.

On n'a pas enfin signalé après l'opération des résultats désagréables, des vomissements persistants, par exemple. La réunion se fait de la façon la plus satisfaisante. Il faut employer des sutures et non le bouton de Murphy. Dans trois cas le mésentère était trop court pour permettre une anastomose antérieure, et l'intestin fut réuni à la face postérieure de l'estomac.

L. Jumon.

Prophylaxie du cancer de l'estomac et de l'intestin, par G. Kelling (*Munch. med. Woch.*, 25 octobre 1904). — D'après des recherches cliniques et expérimentales qu'il serait trop long même de résumer, l'auteur tire des conséquences assez nouvelles pour la prophylaxie du cancer de l'estomac et de l'intestin, surtout pour celui qui succède aux affections catarrhales ulcéreuses. Le régime doit encore être surveillé, surtout chez les sujets qui viennent de subir une opération sur les voies digestives. Pour se garantir contre le cancer il ne faut jamais absorber d'œufs crus, ni manger de viande crue hachée qui n'ait été manipulée dans sa propre cuisine. On doit en outre écarter de sa domesticité les chiens et les chats, car les animaux mangent toute espèce de viande, lèchent partout et rendent impossible la réalisation d'une hygiène rationnelle de la maisson. Tous les utérus des animaux d'abattoir doivent être absolument confisqués par le service d'inspection et être envoyés dans les équarrissages. Quant aux œufs, il est désirable que les cellules des disques germinatifs soient détruites et que les œufs soient timbrés avant de les vendre.

L'auteur a fait des recherches pour savoir s'il est possible de tuer les cellules des œufs sans altérer le goût et l'aspect des œufs. Or on peut détruire le disque germinatif en soumettant l'œuf à l'étincelle électrique d'une bobine d'un appareil de Rœntgen. Les œufs placés quelques jours à l'étuve ne présentent pas le moindre développement des cellules. On pourrait encore empêcher l'accès de l'air en recouvrant l'œuf d'un vernis, mais alors le jaune se mélange au blanc.

L. Jumon.

Le calomel comme antiseptique intestinal, par A. Mc Alister (*Therap. Gazette*, 15 octobre 1904). — Dans son travail, l'auteur compare l'action du calomel avec celle des autres antiseptiques intestinaux. Dans les conditions ordinaires, l'intestin est le siège de fermentations anormales plus ou moins intenses auxquelles s'oppose dans une certaine mesure le travail digestif. Lorsque l'activité bactérienne dépasse les limites ordinaires, il en résulte des états variés, constipation, état bilieux, diarrhée, entéro-colite, affections cutanées, etc.

Les indications sont de supprimer l'accumulation des matières, de stimuler la fonction glandulaire et de réduire les bactéries à leur proportion normale.

La plupart des antiseptiques intestinaux, naphtol, salicylate, salol, arrêtent plus ou moins la fonction digestive. Les ferments digestifs ne peuvent pas agir en présence de ces substances. L'action de ces antiseptiques sur la sécrétion glandulaire et les mouvements péristaltiques est nulle. Le calomel au contraire est le meilleur antiseptique intestinal, surtout dans la pratique infantile et répond aux trois indications mentionnées. Le calomel ne retarde pas l'action des ferments digestifs, d'après l'auteur, en tout cas, il stimule les sécrétions de l'intestin et du foie. Il active la sécrétion de la bile stagnante, accroît la sécrétion pancréatique et stimule toutes les glandes intestinales. Le rétablissement de ces sécrétions a pour conséquence le maintien de la flore normale de l'intestin. Chez les enfants, il constitue le meilleur antiseptique à prescrire; on doit le donner à dose faible, l'auteur prescrit souvent une dose voisine de 0 gr. 01 toutes les heures jusqu'à 0 gr. 06 ou jusqu'à effet laxatif.

L. Jumon.

Traitement de la cirrhose du foie à ses débuts, par Hubert Pichardon (*Medical Record*, 8 octobre 1904). — La cirrhose du foie est le résultat d'une toxémie et son traitement doit consister en conséquence à supprimer la cause de cette intoxication et en même temps, à stimuler le foie de manière à activer l'oxydation et l'élimination des substances toxiques. Il est de la première importance de veiller aux fonctions digestives gastro-intestinales, car l'organisme ne peut se reconstituer si l'élévation des matériaux nutritifs ne se fait qu'incomplètement ou d'une manière vicieuse. L'élimination de la bile par le foie doit être accélérée par l'administration de glycocholate de soude avec addition de petites doses de mercure. La fluidité de la bile peut être accrue par l'administration d'eaux minérales alcalines additionnées de salicylate de soude, qui semble avoir une certaine influence sur la quantité de l'élément fluide de la bile. Le biiodure de mercure associé à l'iodure de potassium a donné de bons résultats dans certains cas de néphrite associée à l'insuffisance hépatique.

L. Jumon.

Appareil pulmonaire

Cœur et Vaisseaux

Dr G. LYON

Ex-chef de clinique à la Faculté de Médecine

Contribution au traitement de la tuberculose pulmonaire par la méthode de Landerer, par SCHRAGE (*Munch. med. Woch.*, 1 novembre 1904). — Dans ces dernières années on s'est efforcé de plus en plus d'agir sur la tuberculose par le traitement médicamenteux. Landerer a revendiqué les actions suivantes pour sa méthode.

1° La production d'une leucocytose généralisée;

2° La provocation d'une inflammation aseptique autour des foyers tuberculeux.

En 1893, Landerer remplaçait l'émulsion par le cinnamate de soude facilement soluble, préparation appelée hétol.

Le procédé était d'une application beaucoup plus pratique et son emploi général était rendu plus facile. D'autres médecins ont fait les mêmes observations que Schrage sur ses malades et tous ont à peu près confirmé les assertions de Landerer sur les actions de l'acide cinnamique dans la tuberculose.

Le choix des malades demande d'ailleurs à être soigneusement fait. Il faut, d'après Landerer, se limiter aux phtisies commençantes, aux tuberculoses non compliquées, c'est-à-dire aux cas apyrétiques sans destruction considérable. Même de petites cavernes sans fièvre ne doivent pas être exclues du traitement ambulatoire. Mais les cas de phtisie galopante et tous cas avancés doivent être soignés exclusivement dans les sanatoriums.

Le traitement de Landerer exige une grande prudence chez les malades qui ont de la tendance aux hémoptysies. La principale condition pour un traitement efficace par l'hétol réside dans un diagnostic le plus possible précoce et ce diagnostic doit être assuré par tous les moyens possibles. L'action des injections se fait sentir bientôt d'une façon surprenante. Il s'agit ici d'une véritable action thérapeutique, portant à la fois sur l'état local et les sensations subjectives. Souvent après très peu d'injections, les températures vespérales tombent au-dessous de 37°. Les sueurs nocturnes s'arrêtent aussi très rapidement, le poids du corps augmente. Les bruits de râle disparaissent, la toux cesse, l'expectoration diminue, se modifie, les bacilles disparaissent des crachats. De sorte que grâce à ce traitement on n'est plus désarmé au moins en face de certaines tuberculoses pulmonaires qui peuvent guérir.

L. JUMON.

Emploi du thiocol dans la tuberculose. (*Medic. Obosr*, n° 7, 1904). — Le docteur KATCHKATCHEFF a expérimenté le thiocol dans des cas de tuberculose. Ce traitement donne de bons résultats, le plus souvent, mais reste parfois sans effet. Ce n'est qu'un traitement symptomatique. Le thiocol diminue et même parfois fait cesser la toux ; il donne du repos aux malades, leur permet de dormir et pour cette raison les fortifie. Comme la créosote, le thiocol enraie la suppuration intra-pulmonaire. L'appétit des malades augmente, la fièvre disparaît. L'auteur donne 3 fois par jour 0 gr. 5 de thiocol.

J. ROUBLEFF.

Traitement de la tuberculose par l'hétol, par OSCAR PRIM (*Münch. med. Woch.*, 1er novembre 1904). — Depuis que Landerer a fait connaître son traitement, les injections d'hétol ont été assez largement employée, mais ce n'est que par le grand nombre d'observations dans des conditions différentes qu'on peut se faire une idée de la valeur du médicament. L'auteur apporte une contribution de 22 cas et résume son impression générale de la façon suivante :

La technique des injections intra-veineuses du médicament est sans difficulté et n'est pas dangereuse. L'hétol possède certainement une action sur le processus tuberculeux; cependant cette action n'est pas toujours favorable. Il n'est pas très rare de constater une influence nuisible. Il faut donc se garder d'employer le médicament lorsqu'on ne peut pas absolument soumettre les malades à une surveillance médicale étroite. La méthode ne convient pas non plus à tous les cas. Les améliorations observées par l'auteur se rattachent toutes à des cas véritablement légers. On ne peut accepter comme une coïncidence que les 13 cas de gravité forte et moyenne n'ont présenté aucune amélioration bien nette. C'est donc dans les cas au début qu'on peut employer le traitement. Enfin, il faut tenir compte aussi de ce fait que le traitement a été parfois nuisible dans des cas graves comme dans des cas légers.

L. JUMON.

Influences du climat sur les asthmatiques, par GEORG AVELLIS (*Münch. med. Woch.*, 15 novembre 1904). — Le choix d'un climat convenable pour chaque malade est un des problèmes les plus difficiles parfois à résoudre

pour le médecin. Mais c'est surtout dans l'asthme nerveux que le changement d'air exerce une influence souvent absolument étonnante. Le changement d'air, même à de faibles distances, possède une action parfois merveilleuse, comparable à celle d'une injection de morphine. Malheureusement, il est impossible de prévoir d'une façon certaine quelle sorte de changement est le plus favorable à chaque cas particulier, et il ne reste plus qu'à conseiller au malade d'en essayer. On lui conseillera aussi de s'en tenir à la localité qui lui a été le plus favorable pour ses accès d'asthme. En réalité, il n'y a pas de climat possédant l'immunité pour les accès d'asthme. Cependant, Brugelmann pense que l'asthmatique doit choisir un climat de vallée bien abritée, avec température le plus possible égale. Une pression barométrique élevée agit favorablement sur l'inspiration, dans une position abritée, car l'asthmatique supporte mal des variations brusques de température. Mais il n'y a rien d'absolu dans cette règle. Schmidt trouve au contraire que les contrées basses agissent comme déprimant du système nerveux et que les asthmatiques se trouvent mieux dans un air plus vif. Trousseau considérait les vents du sud-ouest d'été comme nuisibles. Certains asthmatiques se trouvent bien de la chaleur, d'autres ne se trouvent jamais mieux qu'à une température de 10 à 20°; certains préfèrent l'air sec, d'autres l'air humide.

Certains phénomènes qui accompagnent presque constamment l'asthme, surtout le catarrhe bronchique et l'emphysème, fournissent certaines indications pour le choix du climat en raison même de ces complications. On choisira alors suivant les cas : Ems, les sources de Louèche, Baden, les lacs italiens et Madère. Le climat même de Londres avec ses brouillards est parfois apprécié de certains asthmatiques. Un trop long séjour dans un endroit favorable pour un asthmatique semble perdre de son action favorable lorsque le malade s'est habitué à cet air nouveau. L'air marin semble préjudiciable à la plupart des asthmatiques, mais paraît convenir, d'après l'auteur, aux enfants des asthmatiques. Les malades adultes ne se trouvent pas bien des cures d'altitude en Suisse; il n'en est pas de même des enfants.

En résumé, il n'existe pas de lieu conférant l'immunité pour des asthmatiques donnés et l'observation reste le seul point d'appui pour enseigner un climat à chaque malade. Il faut surtout de la patience de la part du malade et du médecin pour trouver ce climat convenable à chaque cas particulier. Le meilleur climat serait dans un établissement dirigé par un médecin, où la suggestion médicale par une modification profonde du système nerveux peut plus que les stations et beautés naturelles les plus vantées du monde.

L. Jumon.

L'insuffisance myocardique aiguë dans quelques infections de l'enfance et son traitement par F. Forscheimer (*Medical Record*, 10 septembre 1904). — Il s'agit d'un syndrome d'un pronostic sérieux, pouvant même entraîner la mort et laissant souvent subsister une insuffisance cardiaque qui se manifeste dans la suite à l'occasion de toute dépense de force. L'atteinte du myocarde se traduit par une diminution de la force du cœur et l'arythmie, puis le cœur gauche se dilate, ce qui entraîne une insuffisance valvulaire relative. La diphtérie est de toutes les infections celle qui entraîne le plus souvent l'insuffisance cardiaque; la septicémie de l'influenza détermine aussi fréquemment des lésions myocardiques.

Dans le traitement de l'insuffisance myocardique non compliquée, le repos absolu est le premier principe du traitement. Les préparations digitaliques peuvent être employées, mais leur efficacité dépend de la quantité de myocarde affectée. On peut recourir aux stimulants suivant la gravité du cas. La convalescence exige le grand soin; on doit éviter les purgatifs dont l'action est trop violente. La strychnine est employée pour ses effets toniques généraux, sauf à doses toxiques, elle n'a pas d'effets sur le cœur ni sur les vasomoteurs.

On ne doit jamais employer la nitroglycérine, à moins qu'il n'y ait des attaques d'angine de poitrine. L'auteur s'est loué d'avoir employé le traitement suivant dans deux cas : injections hypodermiques d'extrait surrénal toutes les deux heures, injections salines au début pour relever la force du cœur, application de la vessie de glace sur l'abdomen pour stimuler les réflexes splanchniques. Après la disparition des symptômes les plus graves, il employa la caféine et le salicylate de soude toutes les deux heures, alternant avec l'extrait surrénal. Jacobi a insisté sur les inconvénients de l'emploi dans ces cas de la digitale qui détermine des contractions non seulement du cœur, mais encore des artères. Il en résulte que le travail du cœur est augmenté. Il préfère recourir à l'application de la vessie de glace sur la région cardiaque et aux opiacés, surtout à la codéïne. Il y a également avantage à donner de l'iodure.

L. Jumon.

Maladies du Larynx du Nez et des Oreilles

Dr COURTADE

Ancien interne des hôpitaux.

La question des végétations adénoïdes (*Deutsche med. Ztg*, 27 octobre 1904). — Schimanski distingue deux types de végétations, les unes globuleuses, compactes, les autres de forme pectinée, molles. Ces dernières sont les plus fréquentes. En Russie, où l'auteur a réuni ses observations, la maladie est très répandue et présente à considérer les mêmes types cliniques que dans les autres pays.

L'auteur défend toutefois une opinion assez divergente de celle émise par nombre d'autres observateurs. Pour lui, les végétations ne constituent pas la cause unique du retard de développement, de la paresse cérébrale, etc., qui semblent l'apanage des adénoïdiens. Il lui paraît certain qu'un autre facteur entre en jeu, un état neurasthénique spécial ; il en trouve encore la preuve dans le fait que l'incontinence nocturne d'urine n'a jamais disparu, après l'ablation des végétations, dans les cas observés par lui.

A la suite d'une ablation de végétations chez une jeune fille de 15 ans, il y eut une hémorragie consécutive grave : depuis cette époque, l'auteur préfère pour les patients de cet âge, chaque fois que la chose est possible, aller saisir au moyen de l'anse métallique, à froid, la tumeur en passant par la cavité nasale.

Les récidives s'observent parfois, aussi faut-il procéder, après l'ablation, à un traitement consécutif minutieux, jusqu'à guérison complète. Dans ce but, l'auteur fait des insufflations de sozoïodolate de zinc, suivies de badigeonnages avec une solution de ferropyrine à 10 0/0.

L'auteur est partisan d'une intervention opératoire aussi précoce et aussi complète que possible.

E. Vogt.

Traitement de la dysphagie, par A. Jaquet (*Correspond. Blatt f. Schw. Ærzte.*, 1er novembre 1904). — Il y a quelques années on avait recommandé comme anesthésique local l'aneson auquel on attribuait entre autres avantages l'absence de toxicité et d'action irritante. L'aneson qui tomba bientôt dans l'oubli était une solution aqueuse d'acétone-chloroforme ou plutôt d'un produit de substitution de l'alcool isobutylique tertiaire. Dernièrement, ce corps ut recommandé comme hypnotique par les médecins américains sous le nom de chlorétone, à la dose de 1 à 2 grammes. La substance est constituée par des aiguilles cristallines incolores sentant le camphre et très solubles dans l'alcool et la glycérine. Il y a quelque temps Jaquet a essayé la solution huileuse de l'acétone-chloroforme et a trouvé qu'on peut obtenir avec cette solution une diminution considérable de la sensibilité des muqueuses et l'a employée dans le but de combattre la douleur de la déglutition. Les douleurs qui accompagnent les angines, les processus ulcéreux de l'orifice du larynx et de l'épiglotte entravent beaucoup l'alimentation. Dans la pratique on se sert bien des badigeonnages de cocaïne, mais il est difficile de laisser le libre usage de ces solutions aux malades. L'acétone-chloroforme se dissout très bien dans l'huile d'olive ou d'amandes, jusqu'à la proportion de 50 0/0. A part une légère sensation de brûlure au moment de l'application, la solution huileuse ne produit aucune irritation. Le médicament est si peu toxique que la malade peut faire les badigeonnages nécessaires, sans craindre aucun phénomène d'intoxication. Jaquet a employé des solutions de 10 à 20 0/0. Très rapidement les douleurs diminuent et il se produit un soulagement du côté de la déglutition persistant 2 à 3 heures. On peut alors recommencer le badigeonnage, trois ou quatre fois dans la journée. Quelques malades se plaignent seulement du goût camphré.

L'auteur a employé la solution huileuse d'acétone-chloroforme dans les formes les plus variées de dysphagie, dans les angines simples, lacunaires et folliculaires, la diphtérie pharyngée, les ulcérations syphilitiques des amygdales et du pharynx, les ulcérations tuberculeuses de l'épiglotte et de l'orifice du larynx. Les troubles ont diminué à peu près dans tous les cas. Il faut encore tenir compte des propriétés antiseptiques de la préparation. Dès le deuxième jour la tuméfaction des amygdales a diminué. L'auteur donne plusieurs observations dans lesquels la diminution de la douleur a été obtenue de cette manière. Le principal avantage de la solution sur la cocaïne est qu'on peut la laisser sans crainte entre les mains des malades.

L. Jumon.

Traitement de l'ozène (*Therap. Monatshefte*, novembre 1904). — Cramer, soucieux d'instituer un traitement que les malades puissent suivre à domicile, s'est arrêté au procédé suivant, qu'il applique pendant quelques jours seulement lui-même. On commence par ramollir les croûtes avec de l'huile d'olives, puis on les en-

lève par un lavage à l'eau chaude à la seringue: les croûtes restant encore adhérentes sont ensuite détachées au moyen d'une sonde coiffée d'ouate, et on termine par un massage de la cavité au moyen de cette même sonde. Au bout de quelques jours, le malade exécute le traitement lui-même et se borne à se présenter de temps en temps. Le traitement à domicile est fait de la façon suivante: plusieurs fois par jour, le malade introduit dans son nez de l'huile d'olives chauffée : ensuite, il s'étend sur un canapé pendant un quart d'heure : ceci fait, il procède à un lavage à l'eau chaude, qu'il continue jusqu'à ce que l'eau revienne claire.

L'huile peut être simplement aspirée dans le creux de la main ou introduite au moyen d'un tampon d'ouate qu'elle imbibe.

Le massage des premiers jours, que l'auteur exécute seul, est quelquefois continué pendant un certain temps, dans les cas très tenaces. Dans tous les autres cas, la disparition des croûtes et de la punaisie est aisément obtenue par ce procédé peu compliqué et accessible à tous les malades.

E. Voet.

L'empyème de l'antre d'Hygmore chez les enfants (ostéomyélite du maxillaire supérieur), par Brown Kelly (*Edinburgh med. J.*, octobre 1904). — Les enfants sont parfois atteints d'une affection caractérisée par de la rougeur et du gonflement au-dessous de l'œil et par un écoulement purulent par la narine correspondante. Il s'agit d'une affection assez rare dont l'auteur cite seize cas empruntés à différents auteurs et un cas personnel. Dans son évolution, elle ressemble à ce que l'on a décrit chez les adultes sous le nom d'empyème de l'antre d'Highmore: mais l'auteur croit qu'il s'agit plutôt d'une ostéite aiguë ou d'une ostéomyélite du maxillaire supérieur comme chez les adultes.

L'affection est causée par un traumatisme, parfois par une influence infectieuse agissant sur l'alvéole dont les parties les plus vulnérables sont les sacs dentaires. C'est surtout la première molaire qui est sujette à souffrir, en raison de son volume. Ce sac peut être l'origine de l'erreur. Ce que l'on désigne souvent comme l'empyème de l'antre chez les enfants est une inflammation aiguë primitive du sac dentaire de la première molaire, l'inflammation s'étendant ensuite à une partie plus ou moins grande du maxillaire supérieur.

Le traitement consiste à assurer le libre écoulement du pus. L'ouverture doit être pratiquée dans l'alvéole ou la fosse canine, où s'il s'est déjà formé un abcès on l'incise directement. On doit éviter le plus possible que l'enfant avale le pus qui s'écoule dans la bouche. On doit aider à l'élimination du séquestre, mais il n'est pas toujours nécessaire de pratiquer une opération radicale. A part la difformité qui s'ensuit, les résultats de cette opération n'ont pas toujours été encourageants.

L. Jumon.

Un traitement antiseptique des suppurations de l'oreille moyenne, par H. Neumann (*Wien. med. Presse*, 13 novembre 1904). — L'oxygène qui se dégage de l'eau oxygène détruit bien les anaérobies qui se développent dans les suppurations anciennes de l'oreille moyenne, mais non les aérobies qui résistent même à la solution de sublimé. Aussi pour augmenter l'action de l'eau oxygénée, l'auteur a pensé l'associer au permanganate de potasse. Cette dernière substance est un excellent vecteur de l'ozone. En employant les deux substances ensemble, on a non seulement l'action catalytique du permanganate, mais encore son action coagulante et oxydante.

Le mélange du permanganate et de l'eau oxygénée a pour effet un dégagement énorme d'oxygène, qui se poursuit même en présence du bioxyde de manganèse. En outre, le dégagement a lieu progressivement et non brusquement, de sorte que l'action de l'oxygène sur les bacilles se fait sentir plus énergiquement.

Dans les grandes perforations du tympan, on procède de la façon suivante: après avoir complètement nettoyé l'oreille par des lavages antiseptiques, on remplit le conduit auditif avec une solution tiède de permanganate de potasse à 1 0/00 et on laisse agir la solution dans l'oreille pendant quelques minutes. On enlève ensuite le liquide de l'oreille, on tamponne avec un peu d'ouate et on remplit l'oreille avec une solution à 3 0/0 d'eau oxygénée, qu'on laisse agir durant 6 à 8 minutes.

L'auteur applique cette méthode avec grand succès depuis deux ans contre des otorrhées rebelles.

L. Jumon.

La myringotomie comme moyen d'amélioration de l'ouïe dans l'otite moyenne chronique. (*Arch. F. Ohrenheilkunde*, 62e vol. fasc. 3 et 4). — Nous renvoyons au travail de l'auteur pour la description du mode opératoire: le tympan n'a pas besoin d'être lésé pour que l'opération soit indiquée dans les 16 cas opérés, il offrait souvent une apparence normale.

L'opération est facile, presque indolore, et ne présente aucun danger ; la diminution de l'ouïe a disparu dans 12, 5 0/0 des cas et l'audition s'est améliorée dans 50 0/0. Dans tous

les cas, les bourdonnements et les vertiges ont diminué ou entièrement disparu ; ces résultats s'obtiennent d'autant plus aisément que la maladie est moins ancienne.

L'auteur n'a jamais observé de complications.

Dans trois cas, l'auteur plaça, après l'intervention, un petit tampon d'ouate imbibé de glycérine phéniquée à 1 : 10, sur la partie postérieure et inférieure du tympan, dans le but de faire jouer à ce tampon le rôle du tympan artificiel. L'ouïe s'améliora dans les trois cas, mais cette pratique nécessite la surveillance du médecin, car on ne peut aisément apprendre aux malades à remplacer eux-mêmes les tampons d'ouate de temps en temps.

Chez aucun des opérés on n'observa une cicatrisation de la plaie opératoire.

E. Vogt.

Trépanation du labyrinthe pour corps étranger (*XVIIe Congrès français de chirurgie*, octobre 1904) M. Laurens (de Paris) a pratiqué l'évidement pétro-mastoïdien et la trépanation du labyrinthe, pour extraire un corps étranger enclavé dans le canal demi-circulaire et donnant des vertiges et de la céphalalgie. Ce corps étranger était un fragment de curette, un instrument s'étant brisé lors d'une intervention ancienne, pour enlever un soi-disant premier corps introduit par mégarde. Au cours de ses recherches, M. Laurens s'est loué de l'emploi de l'*adrénaline*, comme agent hémostatique.

A. Benoit.

Ophtalmologie.

Dr Darier

Ancien Président de la Société d'ophtalmologie

Formes peu connues de glaucome et leur traitement, par Abadie (Paris). — Ce travail comprend deux parties : 1° formes les plus importantes de ce processus; 2° traitement du glaucome en général.

I. — Certaines formes de glaucome commencent par une crise, avec des accès atypiques, entre lesquels tout reste normal. Puis apparaissent trois symptômes, isolés ou combinés.

1° Douleurs. Peuvent être facilement confondues avec une névralgie du trijumeau, mais elles diffèrent par l'absence des points douloureux à la compression, leur apparition et leur disparition irrégulière capricieuse, sans cause spéciale (durée 1 à 2 heures), et l'inefficacité des agents antinévralgiques ;

2° Apparition d'arcs-en-ciel ;

3° Obnubilation de la vue durant une à deux heures. Action favorable de la pilocarpine.

Tous ces symptômes apparaissent d'une façon irrégulière ; et, petit à petit, l'œil s'achemine vers les symptômes graves du glaucome.

C'est une affection qui, sans traitement, conduit à la cécité. Le traitement est l'iridectomie.

II. — Traitement du glaucome.

Les myotiques ne doivent être employés uniquement que dans les formes de glaucome chronique simple, quand il n'y a pas d'accès. Autrement, il faut pratiquer l'iridectomie. L'auteur n'accorde aucune action à la sclérotomie dans le glaucome.

L'extirpation du ganglion cervical supérieur, proposée d'abord par Abadie, ne doit être faite que si les myotiques et l'iridectomie restent sans résultat. Elle est surtout indiquée dans le glaucome chronique simple, où elle est toujours accompagnée d'une amélioration, qui ne dure cependant que quelques mois. Il faut alors de nouveau reprendre les myotiques et la pilocarpine de préférence.

A. Darier.

Traitement de la myopie forte par l'extraction du cristallin transparent. Résultats éloignés, par F. Lagrange (*Ann. d'ocul*, oct. 1904).— L'auteur rapporte 20 observations qu'il a pu suivre pendant plusieurs années. Il ajoute quelques remarques concernant :

1° L'augmentation de l'acuité visuelle après l'opération :

2° La diminution de la réfraction.

3° L'influence de l'opération sur le décollement rétinien et les désordres des membranes profondes ;

4° L'influence de l'opération sur l'évolution de la myopie ;

5° Le meilleur mode opératoire à employer.

L'acuité visuelle, toujours augmentée, a souvent doublé et même triplé. L'auteur ne croit pas comme Pflüger, qu'il faille expliquer ce fait par l'amélioration des conditions de nutrition de l'œil. Ce serait là, d'après lui, une question d'ordre physique sous la dépendance des conditions optiques nouvelles résultant de l'opération : le fort myope corrigé, ayant une acuité visuelle apparente plus faible que son acuité vraie ; l'hypermétrope, au contraire (et par conséquent l'œil myope opéré devenu hypermé-

trope) ayant une acuité apparente supérieure à l'acuité vraie.

La diminution de la réfraction a oscillé entre 19 et 25 dioptries. L. croit que cette différence tient à la façon dont, en clinique, nous mesurons la myopie. A la skiascopie, la myopie paraît d'autant plus forte que le verre correcteur est tenu plus loin de l'œil. Des variations se produisent nécessairement à ce point de vue. En moyenne, dit L. on peut considérer la réfraction totale comme diminuée de 2 0 dioptries.

Dans aucun cas l'opération n'a accentué les altérations des membranes profondes de l'œil. Et cependant dans tous les cas opérés ces altérations existaient. Aucun des opérés n'avaient une acuité supérieure à 1/10. L. n'a jusqu'ici exécuté l'extraction de cristallin transparent que chez les malades ne pouvant pas utilement se servir de leur œil. Il serait moins réservé, dit-il, maintenant qu'il connaît l'innocuité de cette opération, même dans les myopies malignes.

A. Darier.

Note sur le traitement médical de la cataracte, par le Dr Verderav (de Barcelone) (*La Clinique Oph.*, novembre 1904) — Les traitements employés dans cette affection sont de deux sortes : 1° celui dont l'objet est de faire disparaître l'opacité du cristallin et 2° celui qui cherche à faire recouvrer la vue en pratiquant l'extraction du cristallin cataracté.

Les premiers ou traitements médicaux n'ont pas jusqu'ici répondu à ce qu'on en attendait. Ni l'usage interne de l'iodure de potassium, ni les applications de courants électriques, ni les paracentèses répétées de la chambre antérieure, ni les collyres d'huile phosphorée, n'ont donné les résultats espérés.

Le seul traitement, par lequel on ait obtenu jusqu'à ce jour un succès relativement appréciable, consiste dans la suppression du cristallin par différents procédés.

L'extraction du cristallin n'est pas le desideratum thérapeutique auquel nous devons aspirer.

Ce desideratum doit être d'obtenir de nouveau la transparence du cristallin.

Il y a des cas bien connus de récupération spontanée de la transparence du cristallin opacifié sur des sujets diabétiques, quand le diabète a disparu complètement.

Il ne faut pas omettre de citer aussi le cas de l'éminent oculiste Ed. de Jager, qui obtint la guérison de sa propre cataracte à la suite d'un traitement médical dont il conserva le secret (cas cité par de Wecker).

Le Pr Badal (de Bordeaux) a recommandé il y a déjà quelques années l'usage de collyres et de pommades iodurées. Avec cette médication, il réussit à arrêter la marche progressive des opacités cristalliniennes, qui, sans traitement, auraient envahi la totalité de la lentille.

Les résultats obtenus par Badal ont été confirmés par Etiévant et par de nombreux ophtalmologistes.

D'une série d'expériences sur les lapins V. a tiré les conclusions suivantes :

1° L'iodure de potassium en injection sous-conjonctivale possède une action régressive manifeste sur les opacités du cristallin.

2° Cette action est extrêmement faible, pour ne pas dire nulle, sur les opacités de la capsule.

3° L'I K s'oppose à la progression des opacités du cristallin.

Encouragé par les résultats obtenus, l'expérimentateur V. se décida à employer ce même traitement sur les malades qui voulurent bien s'y soumettre, les avertissant de l'inefficacité possible du traitement, de sa longue durée et de la douleur plus ou moins intense que l'injection sous-conjonctivale pourrait leur produire.

Peu furent tentés par cette perspective et d'autres cessèrent promptement pour diverses raisons que nous verrons plus loin.

Dans deux cas cités le traitemeni eut bon effet.

Chez l'un, il s'agissait d'une cataracte traumatique par contusion du globe avec intégrité de l'enveloppe oculaire. La vision doubla à la deuxième injection, mais le malade influencé par son entourage préféra suivre le traitement hydrothérapique de l'abbé Kneipp, naturellement sans aucun succès.

L'autre malade avait des cataractes commençantes, la vision d'un côté était de 1/6 et l'autre de 1/4, elle s'éleva des deux côtés à 2/3 après quelques injections sous-conjonctivales de I K.

Dans les deux yeux, à mesure que la vision augmentait, on observait la diminution progressive des stries opaques du cristallin, diminution amenant la presque disparition, car à la fin du traitement il ne restait que des traces de ces opacités.

A. Darier.

Traitement de l'infection après l'extraction du cristallin, par Bourgeois (*Congrès international d'ophtalmologie*. Lausanne, septembre 1904). — Il faut dépister le mal aussitôt que possible. Le pansement ne sera pas laissé plus de deux jours et même pas plus d'un jour dans les cas suspects. B. regarde l'injection sous-conjonctival de Cy d'hydrargyre comme le

moyen le plus efficace. Il se sert d'une solution à 0,01 0/00. fraîchement préparée, à laquelle il ajoute 4 gouttes d'une solution de cocaïne à 5 0/0 Dans les cas graves il injecte au moins 1/2 cc. deux fois le premier jour. Il fait en tout 4 à 8 injections. Il employait autrefois des injections faibles de NaCl ; ces dernières sont inefficaces. L'injection produit un chémosis énorme, mais elle est rapidement suivie de la cessation de la douleur caractéristique. En outre, il instille de l'atropine et fait des frictions d'onguent napolitain autour de l'orbite ; enfin il cautérise ou mieux encore curette les parties infiltrées de la plaie cornéenne. Pansement à l'airol ; dérivatif, etc. Depuis 1898, B. a obtenu par cette méthode d'excellents résultats dans les six cas d'infection qu'il a observés ; les six cas présentaient une infection venant de la profondeur, et non de la plaie cornéenne, c'est pourquoi B. est d'avis que l'infection était d'origine endogène. Dans les deux cas les moins graves il a obtenu un rétablissement complet de l'acuité visuelle.

A. Darier.

Traitement de l'hypopion par Vitali (*Congrès de Lucerne*, sept. 1904). — Avant de pratiquer l'incision de Saemich, il faut faire une injection sous-conjonctivale de NaCL. Le plus souvent l'hypopion disparaît en vingt-quatre ou quarante-huit heures après une injection. Quelquefois 2 ou 3 injections sont nécessaires.

A. Darier.

Cure radicale des suppurations chroniques du sac lacrymal, par la dacryorhinoplastie, par M. Toti (*Clinica Moderna*, 17 août 1904). — On sait la difficulté d'obtenir la disparition des *tumeurs lacrymales*, dans certains cas rebelles, même en employant les moyens les plus ingénieux ou la destruction du sac. C'est qu'en effet, des rétrécissements surviennent qui mettent obstacle à l'écoulement des sécrétions de la glande, si bien qu'on est obligé de recourir parfois à l'extirpation de la portion orbitaire de la glande lacrymale (de Wecker, Abadie). Aussi, je citerai l'observation suivante, car elle est en contradiction formelle avec les idées reçues et enseignées dans les traités classiques, en particulier avec l'opinion exprimée par M. Delens dans le *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus. M. Toti a réussi sur une jeune malade atteinte de tumeur lacrymale, un nouveau procédé qui dérive de l'observation faite antérieurement, à savoir qu'à la suite d'une perte de substance osseuse de la paroi interne de la fossette lacrymale, on avait vu des suppurations chroniques du sac se guérir. La cure radicale proposée et déjà expérimentée avec succès consiste donc à faire une *rhinostomie* de la façon suivante : inciser les parties molles jusqu'à l'apophyse frontale du maxillaire, décoller son périoste, réséquer cette apophyse, ainsi que la crête lacrymale antérieure et postérieure, sur le rebord orbitaire. On évite d'entamer la muqueuse nasale adossée à ce plan. Pour ouvrir le *méat moyen*, on enlève un lambeau de cette muqueuse sur une étendue correspondant à la paroi interne du sac lacrymal. A son tour, cette paroi interne est réséquée. Il ne reste plus qu'à suturer les parties molles, comme d'habitude. Les sécrétions se déversent dans les fosses nasales, le canal nasal étant devenu inutile. Les résultats sont définitifs, à condition que le méat moyen soit libre, exempt de toute lésion chronique. Or, il est rare qu'il soit tout à fait indemne chez ces sujets. Les fosses nasales devraient donc être examinées et traitées antérieurement à l'opération decrite ci-dessus.

A. Benoit.

Importance de la thérapeutique locale par les injections sous-conjonctivales, par Darier, Paris (*Congrès de Lucerne*). — Darier rappelle la communicotion de Bouchard au dernier Congrès du Caire, sur l'importance de la thérapeutique locale. A ce sujet, l'importance des injections sous-conjonctivales en ophtalmologie est un exemple très instructif.

L'auteur parle ensuite des travaux de Mellinger (injection sous-conjonctivale de NaCL), et des expériences de Wessely.

A. Darier.

Les injections sous-conjonctivales de sublimé, par A. Dufour, Lausanne (*Congrès International d'Ophtalmologie*, Lucerne, sept. 1903). — Ce travail est particulièrement intéressant. D'après D., le sublimé serait le médicament le plus actif. Malheureusement, il ne peut être combiné avec l'acoïne. La douleur est plus forte avec les injections de sublimé qu'avec les injections de cyanure, mais elle disparaît plus rapidement. Elle peut être diminuée par l'emploi des compresses chaudes.

L'auteur recommande les injections à dose moyenne (au plus une 1/2 seringue). Il combine quelquefois le sublimé avec le chlorure de sodium.

Quand aucune amélioration n'est obtenue, il est inutile de faire plus de 8 injections.

Un repos complet est absolument nécessaire après l'injection. Il faut faire un pansement pendant les jours suivants, comme après une opération. Le pansement binoculaire sera conservé au moins 6 heures, et le repos au lit,

dans une chambre à demi-obscure, sera gardé au moins un jour.

A. Darier.

Résultats obtenus avec les injections sous-conjonctivales, par A. Senn (Wyl). — Le travail de Senn est un chant de louanges en faveur des injections sous-conjonctivales. L'auteur emploie le plus souvent une solution d'oxycyanure a 1,0 : 5000,0.

Il n'utilise la solution de chlorure de sodium que dans les cas d'herpès de la cornée. Il n'a jamais observé de suites désagréables après l'emploi de l'oxycyanure. Il a traité 330 patients pour 463 affections. Les injections de NaCl lui donnent d'excellents résultats dans les cas d'herpès de la cornée et dans les hémorragies rétiniennes. Pour S., l'injection d'oxycyanure d'Hg. est le remède spécifique de la choroïdite centrale des myopes ; l'acuité visuelle moyenne est montée de 0,29 à 0,67.

A. Darier.

Bains locaux d'air surchauffé, par le Dr Oswaldt (*Académie de Médecine*, 2 novembre 1904). — M. Gauthier a présenté à l'Académie le dispositif grâce auquel le Dr Oswalt a réussi à soumettre les yeux, comme les autres parties de la tête, aux bains locaux d'air sec surchauffé, dont l'efficacité dans bien des affections chroniques (rhumatismales et autres) est aujourd'hui établie.

L'ophtalmologie et d'autres branches de la médecine auront là une nouvelle ressource thérapeutique des plus précieuses. En effet, des inflammations oculaires chroniques rebelles (blépharites, kératites, iridochoroïdites) et aussi des cas de névralgie faciale et de névralgie sus-orbitaire ont pu être guéris par ces bains locaux d'air sec surchauffé.

R. Blondel.

Pédiâtrie

Dr E. Thiercelin

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine.

Traitement de la coqueluche (*Therap. Monatshefte*, novembre 1904). — Stepp, s'appuyant sur 20 cas observés par lui, recommande le fluoroforme comme spécifique de la coqueluche. En considérant comme guéris les malades chez lesquels toute trace de l'affection a entièrement disparu, l'auteur compte, pour obtenir la guérison, 18 jours en moyenne (minimum 6, maximum 37). On n'observe jamais, avec ce traitement, des réapparitions d'accès de toux convulsive, longtemps après disparition de la maladie ; le médicament peut, d'un autre côté, être administré à tous les coquelucheux, quel que soit leur âge ou leur état de santé, sans aucun inconvénient. La diminution du nombre et de l'intensité des accès se manifeste dès les premiers jours, d'une façon brusque : plus tard, l'amélioration devient moins rapide, mais, vers la fin du traitement, elle reprend de nouveau d'une façon plus marquée. La constance de ce phénomène doit faire admettre une action spécifique du remède, que l'on prescrit sous forme d'une solution aqueuse de 2 à 2 1/2 0/0. Cette solution n'a ni goût, ni odeur, ni toxicité : elle provoque simplement un peu d'irritation de la gorge au moment de l'ingestion.

Les doses sont les suivantes : pour les enfants en bas âge, une cuillerée à café toutes les heures; pour les enfants plus âgés, une cuillerée à soupe. Le médicament est malheureusement coûteux.

E. Vaer.

Spasme de la glotte, traitement, par Méry (*Journal de médecine interne*, 1904). — Dans une leçon clinique, le Professeur donne l'exemple d'un rachitique atteint de spasme de la glotte et d'hyperexcitabilité neuro-musculaire démontrée par le signe du facial. Le cranio-tabès dont est atteint cet enfant âgé de 11 mois joue un rôle dans la production du spasme de la glotte. Celui-ci peut d'ailleurs se rencontrer dans le croup, l'adénopathie trachéo-bronchique, la compression du nerf récurrent, du pneumo-gastrique. Dans le spasme glottique essentiel, on a fait intervenir dans sa genèse tour à tour l'hypertrophie du thymus, le cranio-tabès qui amènerait une compression plus facile dans le décubitus dorsal des lobes postérieurs du cerveau. Il s'agit en général de sujets nerveux préalablement enclins par tempérament à faire de la tétanie et du spasme de la glotte.

Le traitement a ici pour but de diminuer les phénomènes spasmodiques qui existent depuis trois semaines. La médication bromurée est indispensable : l'enfant devra prendre deux à trois cuillerées à café par 24 heures de la potion suivante :

Bromure de potassium..	1	gramme
Eau de fleur d'oranger..	20	—
Eau de tilleul.....	40	—

On pourrait employer l'acide bromo-valérianique, la valérobromine à la dose d'une cuil-

lorée à café par jour. Le chloral convient plutôt au traitement des convulsions externes. On pourra dans quelque temps, associer au bromure l'antipyrine à la dose de cinq centigrammes.

En outre, on règlera l'alimentation. Le régime lacté absolu est une faute chez les enfants. Il faut faire intervenir les aliments phosphatés, comme la farine d'avoine, qu'on donnera en bouillie pure ou associée aux farines de riz, d'orge, de seigle; la farine d'avoine contient une substance grasse, adhérente au palais, qui la rend désagréable à prendre aux enfants, quand elle est employée pure.

Pour remédier à l'anémie prononcée, on peut donner un peu de viande, de thé de viande, ou 10 ou 15 grammes de viande crue, ou encore du jaune d'œuf mélangé aux bouillies et dans quelques jours, lorsque la médication bromurée aura produit son effet, cinq à dix centigrammes de protoxalate de fer par jour.

L. Jumon.

Action du Saccharomices cerevisiae sur le bacterium coli dans les gastro-entérites des enfants, par G. Puoli. (*La Pediatra* n° 5, 1094). — La levure de bière, employée surtout, depuis les travaux de Brocq, est conseillée d'ordinaire dans la furunculose, mais nombre d'auteurs l'ont essayée avec des très bons résultats dans le traitement des exanthèmes, dans l'érisypèle, dans la pneumonie, dans certaines affections vaginales. Thiercelin avec Chevrey et Blancher ont été très satisfaits de son emploi dans les gastroentérites des enfants.

L'auteur a étudié *in vitro* l'action de la levure sur le bactérium coli, qui est très souvent la cause des infections intestinales de l'enfance, et a traité plusieurs cas d'entérite aiguë par la même levure à la dose journalière de un à trois grammes, dans de l'eau sucrée. D'après ces expériences, la levure n'a pas d'action bactéricide pour le bactérium coli, elle neutralise seulement sa virulence. La levure a réellement une action très nette dans les gastro-entérites qui sont en rapport avec une infection colibacillaire.

On peut expliquer cette action soit par la neutralisation des toxines secrétées par le coli bacille, soit par l'amélioration de la digestion gastro-intestinale. L'emploi de la levure est à conseiller dans les gastro-entérites aiguës de l'enfance.

A.-L. Percival.

Statistique du service d'électrothérapie de la clinique chirurgicale infantile de l'hôpital des enfants malades, par Albert Weil (*Journal de physiothérapie*, 15 novembre 1904). — L'auteur, à propos de cette statistique, publie quelques remarques thérapeutiques.

Dans la paralysie infantile à toutes les périodes, sauf en la phase fébrile ou à la période des difformités irréductibles manuellement (période où l'intervention chirurgicale reste la première indication), le traitement électrique est des plus efficaces. Institué sous forme de galvanisations de 10 à 15 milliampères d'un quart d'heure de durée (le membre malade plongeant dans un bain relié au pôle négatif, l'électrode indifférente reliée au pôle positif étant sur la région correspondant à un centre médullaire lésé), suivies d'intermittences rythmées pendant au moins 5 minutes, il permet de sauver, s'il est pratiqué régulièrement trois fois par semaine, les muscles dont les centres trophiques n'ont été que peu lésés, et il favorise même la réparation relative des muscles présentant le symptôme de dégénérescence en sa totalité. Il constitue le meilleur traitement préventif des difformités qui sont si souvent l'aboutissant des paralysies infantiles abandonnées à elles-mêmes ; il peut être utile même quand il est appliqué longtemps après le début de l'affection sur des enfants qu'on avait négligé de soigner; il est surtout efficace quand il est appliqué dès la fin de la période fébrile.

En résumé: un enfant atteint de paralysie infantile doit être électrisé pendant de longs mois, pendant des années, le traitement ne doit être abandonné ou plutôt interrompu que si depuis 4 à 5 mois il paraît de nul effet.

Les paralysies radiculaires du plexus brachial guérissent en cinq ou six mois quand les muscles présentent le syndrôme de dégénérescence si le traitement est institué dès le début, c'est-à-dire dès les premiers jours qui suivent la naissance dans les cas de paralysies obstétricales. Le traitement est indiqué également quand, trois ou quatre ans après le traumatisme créateur, il persiste des troubles fonctionnels parce que l'enfant n'a pas été soigné antérieurement.

Les paralysies faciales sont guéries le plus activement quand les lignes du flux du courant galvanique sont concentrées au siège de la lésion. Pour cela le tampon-électrode relié au pôle négatif doit être placé au-dessous du tragus du côté de la lésion et un tampon-électrode de même taille relié au pôle positif doit être placé au-dessous du tragus du côté opposé.

Les atrophies musculaires sont le plus efficacement combattues par la galvano-faradisation (plaque indifférente au dos reliée au pôle positif de la source galvanique, extrémité du membre dans un bain de pied relié au pôle négatif, alors qu'une bobine induite à gros fil

est intercalée dans le trajet du circuit et qu'un courant d'induction y est déterminé au moyen d'interruptions lentes produites dans le primaire). Rapidement, ce traitement détermine le développement des muscles et leur retour à l'état normal.

La galvanisation à haute intensité est indiquée dans les ankyloses assez lâches (électrodes positive et négative enserrant l'articulation malade) ; elle contribue à faire disparaître les adhérences et est un adjuvant efficace de la mobilisation.

Les pieds creux peuvent être traités par la galvanisation générale du membre suivie de faradisations localisées au niveau des points douloureux (bourses séreuses au niveau de la tête du premier métatarsien). Les pieds plats sont en général moins douloureux quand ils sont traités par la galvanisation ; la faradisation avec un courant à intermittences espacées du jambier antérieur et des péroniers est des plus utiles pour combattre la difformité.

Les névrites consécutives à des fractures ou des contusions sont heureusement combattues par la galvanisation (pôle positif dans le dos, pôle négatif dans un bain où plonge le membre).

L'électrolyse bipolaire (vingt à vingt-cinq milliampères, pendant cinq minutes) est véritablement le traitement de choix de tous les angiomes.

Les incontinences d'urine dues à l'atonie sphinctérienne sont guéries par la faradisation localisée pratiquée avec la technique du professeur Guyon ; les incontinences dues au spasme ou à l'irritabilité vésicale sont au contraire justiciables des galvanisations externes à haute intensité.

E. Vogt.

Pharmacologie

Dr E. VOGT.

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

Le gaïacol et ses composés (*Le Bulletin médical*, 12 novembre 1904). — Le Pr Gilbert constate que le gaïacol liquide du commerce présente une composition chimique tellement variable qu'il est préférable de ne pas l'utiliser, et de n'avoir recours qu'au gaïacol synthétique, obtenu en méthylant la pyrocatéchine. Ce produit peut être ingéré pendant longtemps, surtout après les repas, sans déterminer de gastrite médicamenteuse : il est de même bien toléré par le rectum.

Il y a plusieurs revers à l'emploi de badigeonnages de gaïacol pour le traitement de la fièvre des tuberculeux : la température après avoir baissé de 1 à 2 degrés remonte et dépasse souvent le taux primitif. D'autre part, si la dose a été un peu forte, le malade peut succomber en hypothermie. Ces badigeonnages peuvent être faits avec le gaïacol liquide du commerce, qui a, au point de vue de l'abaissement thermique, les mêmes effets ou à peu près que le gaïacol cristallisé, liquéfié par chauffage et étendu sur le point à badigeonner.

L'auteur estime donc que le gaïacol n'est pas seul à posséder des vertus antithermiques, puisqu'un gaïacol impur peut rendre les mêmes services qu'un gaïacol pur.

Parmi les composés du gaïacol, le phosphate présente de l'intérêt ; administré en cachets à la dose de 0 gr. 40 à 0 gr. 60 par jour, il est encore mieux toléré que le gaïacol. Il n'est pas utilisable en badigeonnages, suppositoires ou lavements.

Le phosphite, comme le phosphate, met en liberté, au cours de la digestion intestinale, le radical phosphoré utile. Tous deux sont insolubles dans l'estomac, de toxicité faible, et présentent en conséquence de grands avantages pour l'administration interne.

E. Vogt.

Recherches expérimentales sur l'action du radium sur les tissus, par Richard Werner (*Zentralbt. f. chir.*, 29 octobre 1904). — L'auteur s'est servi de trois capsules contenant 0 gr. 01 de bromure de radium qu'il a fait agir sur l'oreille et la peau du dos et du ventre de lapins et de cobayes. D'après ces expériences, l'intensité de l'action physiologique des rayons du radium n'augmente pas d'une façon absolument proportionnelle à l'intensité de propriétés fluorescentes, ni parallèlement à la durée de son action, mais d'une façon irrégulière, suivant des lois très compliquées. La résistance de la peau aux rayons du radium augmente avec sa richesse en poils, la richesse du tissu conjonctif en tissu intermédiaire, en tissu adipeux. Au contraire, une peau riche en capillaires sanguins et lymphatiques, en ganglions et en glandes est plus sensible. L'application répétée à petites doses détermine l'épaississement de l'épiderme avec desquamation. Le tissu en voie de croissance naturelle est beaucoup plus sensible que le tissu adulte. La sensibilité de la peau au radium augmente par l'action du froid et du chaud, par la stase sanguine ou par l'anémie locale fréquemment répétée, enfin par les traumatismes légers. Les plaies produites par l'action du radium sont difficiles à infecter.

D'après les expériences de Schwarz et Schaper, le radium agirait surtout par la destruction de la lécithine; l'auteur a injecté de la lécithine dans les tissus soumis à l'action du radium et a constaté que les tissus injectés sont beaucoup plus attaquables, et de ces expériences il semble résulter que l'action du radium se résume dans une intoxication par les produits de destruction de la lécithine et non pas seulement dans un trouble de l'assimilation de cette substance. Cette conclusion s'accorde avec ce fait que les tissus dans lesquels on produit artificiellement une infiltration leucocytique sont plus sensibles au radium. Les cellules chargées de lécithine ont plus de tendance à se détruire sous l'action des rayons.

Il ne semble donc pas possible que l'on puisse agir de cette manière contre tous les processus pathologiques associés à la production de cellules riches en lécithine, contre les infiltrations de leucocytes ou de cellules épithélioïdes de nature bénigne, même contre les tuberculides, enfin contre les tumeurs malignes.

L. Jumon.

Les méfaits du naphtol camphré, par Rochard (*Bul. gén. de Thérapeutique*, 23 novembre 1904). — L'auteur a employé souvent le naphtol camphré sans s'être aperçu du moindre trouble causé par ce médicament ; mais il suffit d'un cas comme celui rapporté par Guinard pour apporter la conviction une fois pour toutes.

On connaît aujourd'hui 8 cas mortels, avec des doses de 5 cc., de 10 cc., de 20 et de 25 cc.; dans un autre cas, on a vu des accidents graves produits par un quart de centimètre cube (Grosjean, de Berck).

Est-ce dans la mauvaise qualité du médicament qu'il faut rechercher la cause des décès? L'auteur ne le pense pas; c'est un topique qui ne s'altère pas, qui est facile à préparer et qu'on conserve sans l'avoir jamais vu se transformer.

Pour s'expliquer les accidents, il faut d'abord examiner leur nature : ils sont à peu près toujours les mêmes. Ce sont des accès épileptiformes, accompagnés de convulsions, se montrant par crises le plus souvent subintrantes et faisant perdre connaissance au malade. Les troubles respiratoires dominent et on relève tous les symptômes de l'asphyxie. Le cœur cesse de battre bien après que la respiration s'est arrêtée. Quant au début des accidents, ils peuvent être presque immédiats, survenir deux minutes après, ou plus tard, quarante-cinq minutes après l'injection.

La mort survient en dix minutes, en quarante-cinq minutes et quelquefois au bout de quelques heures.

La nature spéciale de ces accidents démontre que le naphtol camphré a un pouvoir toxique qui lui est propre, sans qu'il soit possible de préciser dans quelles conditions ce pouvoir toxique se manifeste.

Les dangers de ce topique sont-ils compensés par le nombre considérable des avantages qu'il présente? L'auteur ne le pense pas : Dans les tuberculoses abcédées, dans les adénites bacillaires, le naphtol camphré a rendu, il faut le dire, de signalés services; mais il n'est pas le seul médicament capable d'influencer très favorablement les abcès froids. L'éther iodoformé est un topique merveilleux, qui n'a contre lui que les quelques dangers que son maniement présente; mais comme ils sont bien loin d'égaler ceux du naphtol camphré, comme l'éther iodoformé n'a pas à son actif des morts sensationnelles, c'est à lui qu'il faut donner la préférence.

E. Vogt.

Recherches cliniques sur le véronal, par E. San Piétro (*La Clinica Moderna*, N° 29, 1904). — Le véronal est la diéthylmalonilurée, dont la formule est $C^8 N^{12} N^2 O^3$; il se présente sous forme de petits cristaux incolores, fusibles à 191°, légèrement amers, solubles en 12 parties d'eau chaude et 145 d'eau froide.

On l'a administré à 30 malades atteints des affections les plus variées : pneumonie, carcinome gastrique, néphrite, cardiopathie, rhumatisme polyarticulaire, cirrhose hépatique, neurasthénie, etc.

Dans tous les cas on a surveillé, non seulement son action hypnotique, mais aussi son influence sur le pouls, la pression, la respiration, les urines, etc.

Le véronal s'est montré un bon hypnotique, il a toujours réussi à la dose moyenne d'un gramme.

Son administration est très facile, soit en cachets, soit en suspension ou en solution, à cause de son goût très peu marqué.

Le véronal ne produit jamais des troubles secondaires; on ne trouve jamais après son emploi, ni albumine, ni cylindres dans l'urine. Les malades n'ont au réveil, ni nausée, ni céphalée; avec des doses plutôt fortes, il provoque seulement un peu de somnolence. Il n'a pas d'action sur le pouls, ni sur la respiration, — on ne remarque jamais d'abaissement de la pression sanguine, même en cas de cœur affaibli, asystolique : au contraire, on voit presque toujours se produire une élévation de la

pression avec renforcement de la systole cardiaque et un très léger ralentissement du pouls. Le véronal aurait ainsi une action presque comparable à celle de la digitale.

L'accoutumance n'apparaît qu'après un emploi prolongé, et l'on peut très bien y remédier en augmentant les doses.

Si l'on alterne le véronal avec un autre hypnotique, son action peut être prolongée très longtemps.

Les malades à régime invariable, éliminent enfin une quantité d'urée plus grande de celle introduite avec le médicament.

A.-L. Percival.

Le neuronal (*Therap. Monatshefte*, novembre 1904). — Ce nom a été donné à la bromodiéthylacétamide, poudre blanche, cristalline, fondant vers 66°, facilement soluble dans les dissolvants ordinaires, et dans l'eau dans la proportion de 1 : 115. Le goût est amer, rafraîchissant, rappelant celui du menthol.

Divers auteurs (Libert, Schultze, etc.) ont étudié cet hypnotique, à la dose de 0 gr. 50 dans l'insomnie de moyenne intensité, de 1 gr. 5 à 2 grammes dans l'insomnie grave.

Le sommeil obtenu est calme, régulier, commence environ 30 minutes après l'ingestion, et ne s'accompagne pas d'influence accessoire nocive : on n'a pas noté d'action d'accumulation.

E. Vogt.

Emploi de la scopolamine (*Medic. Obosr.*, N° 7, 1904). — Le Dr Manouiloff a employé pendant deux ans la scopolamine comme calmant et narcotique. Il injecte cette substance en solution 0,01 : 20,0, en commençant par une demi-seringue de Pravaz, puis une seringue; certains malades supportaient très bien ces injections pendant quatre semaines et même plus.

La plupart des malades présentant au bout de quelque temps des phénomènes d'accoutumance, on doit augmenter la quantité jusqu'à deux seringues. Dans les cas extrêmes, quand la scopolamine seule ne produit aucun effet, il faut la combiner avec la morphine. Dans certains cas où la morphine resta inefficace, la scopolamine donna des résultats : dans un cas par exemple, de gangrène du pied et de la jambe, les douleurs affreuses éprouvées par le malade résistèrent à la morphine, alors que la scopolamine les apaisa.

L'auteur emploie la scopolamine pour les cures de démorphinisation graduelle.

Ainsi dans 9 cas de cancer de l'utérus, il est parvenu à apaiser les douleurs par la scopolamine et à deshabituer les malades de la morphine.

La scopolamine produit parfois des vertiges, des troubles de la marche, de la sécheresse de la bouche, de la mydriase, des vomissements. Mais tous ces cas ne s'observent que très rarement. On peut employer enfin la scopolamine dans les affections cardiaques, car elle régularise les mouvements du cœur.

J. Rouleff.

L'ail dans la tuberculose et le lupus, par John Knott (*American medicine*, 24 septembre 1904). — Même au moyen-âge l'ail jouissait d'une excellente réputation pour ses propriétés thérapeutiques. Knott donne ainsi une revue sur l'histoire de l'ail comme agent thérapeutique. Quelques-unes de ces propriétés ont été confirmées par l'observation moderne. Son odeur repoussante est certainement la cause qui a fait tomber ce remède dans l'oubli. D'après Koch, la présence d'une petite proportion d'alcool allylique empêche sûrement le développement du bacillus anthracis. L'essence d'ail est presque entièrement composée de sulfure d'allyle. Cette essence détermine en applications locales une rubéfaction énergique. En Irlande, on a fait des observations favorables relativement à l'emploi de l'ail dans les affections bronchiques sérieuses. Carazzani croit qu'une certaine quantité de ce produit dans la tuberculose produirait une certaine immunité contre l'infection. L'influence heureuse que l'ail exercerait sur les affections des voies respiratoires serait due à ce que les composés volatils sont éliminés par la muqueuse. L'ail est bactéricide et probablement stimulant, ce qui permet de croire pour l'auteur que les propriétés attribuées à l'ail sont en partie réelles.

L. Jumon.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Hôtel-Dieu. — Le Dr Lucas-Championnière a repris ses leçons de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu le jeudi 24 novembre, à 10 heures dans l'amphithéâtre Desault, et les continuera les jeudis suivants à la même heure. Opération avant la leçon.

Visite dans les salles Saint-Cosme (hommes, hernies), le mercredi, Sainte Marthe (femmes), le samedi.

Cours de clinique chirurgicale de l'hôpital Necker. — M. le Pr Berger commencera son cours le vendredi 25 novembre, à 10 heures, et le continuera les mardis et vendredis suivant à la même heure.

Concours d'ophtalmologie des hôpitaux. — Le jury est composé de MM. de Lapersonne, Morax, Richelot, Ricard, Chaput, Darier, Wurtz.

Concours d'oto-rhino-laryngologie. — Le jury est composé de MM. Lermoyez, Sebileau, Legueu, Delbet, Félizet, Thoinot, Joffroy.

Nécrologie. — Un chirurgien londonien, de passage à Marseille, M. Herbert W. Allengham, s'est suicidé hier matin, dans un grand hôtel de notre ville, au moyen d'injections répétées de morphine au poignet gauche. Une lettre du désespéré, laissé en évidence sur une table de chambre, fait connaître qu'il a voulu mettre fin à d'intolérables souffrances. Ce n'est que ce matin que le personnel de l'hôtel, inquiet de ne pas avoir revu M. Herbert W. Allengham, a pénétré dans sa chambre. Un docteur anglais, descendu au même hôtel, M. Hawtesohe, a constaté le décès. La famille du défunt a été prévenue par télégramme. M. Herbert W. Allengham, médecin du roi d'Angleterre, a soigné Edouard VII lors de sa dernière maladie.

(*Le Matin*).

BIBLIOGRAPHIE

Bibliograpgie scientifique. — Vient de paraître a la librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris, un Catalogue général des livres de sciences, comprenant l'annonce détaillée par ordre alphabétique des noms d'auteurs d'environ cinq mille ouvrages de médecine, histoire naturelle, agriculture, art vétérinaire, physique, chimie, technologie, industrie, avec la date de publication, le format, le nombre de pages, de figures et de planches. Une table méthodique de 17 pages donne en outre l'indication des principaux auteurs qui ont écrit sur plus de 1.500 sujets se rapportant aux sciences.

Cette Bibliographie, indispensable à tous les trevailleurs, sera envoyée gratis et franco à tous les lecteurs de ce journal qui en feront la demande, à MM. J.-B. Baillière et fils, par carte postale double (avec réponse payée).

Principes de Diététique, par M. H. Labbé, Chef de Laboratoire à la Faculté de Médecine de Paris, 1 vol. in 16 de 330 pages : 3 fr. 50 (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

Pour que la nutrition puisse s'accomplir, il faut lui fournir des éléments empruntés au dehors : ces éléments sont les aliments ; aucun ou presque aucun d'entre eux ne se présente sous la forme même qui le rend assimilable ou partiellement assimilable dans l'organisme : tout aliment ingéré doit subir une série de transformations physiques et chimiques, le rendant assimilable ou du moins le sectionnant en une portion assimilable et une portion rejetée par les voies d'élimination naturelle.

Ce sont ces questions que le Dr Labbé étudie dans ses Principes de diététique, où il étudie successivement :

1° Les aliments en eux-mêmes et la forme pratique où ils sont utilisés dans l'alimentation courante ;

2° Les processus d'assimilation auxquels sont soumis ces aliments dans l'organisme et les lieux privilégiés où ils s'accomplissent ;

3° Les formes assimilables auxquelles arrivent chacun de ces aliments dans l'organisme ;

4° Les produits de déchets que rejette l'organisme, formés de la partie de ces aliments dont celui-ci ne veut pas ou de la forme ultime à laquelle il les a amenés avant de s'en débarrasser ;

5° Les aliments d'épargne et la quantité de calories que leur décomposition totale met à la disposition de l'organisme ; cette étude est indispensable à tout médecin instituant un régime alimentaire, parce qu'elle lui permet d'éviter la suralimentation, la surchauffe nuisible de l'organisme ;

6° Les ferments sécrétoires, ferments si mystérieux, il y a peu de temps encore, mais que l'on commence à connaître, à extraire, à doser, et même à utiliser en thérapeutique : témoin la levure de bière qui a donné de définitifs résultats dans la furonculose et de brillantes promesses dans ses applications extérieures ;

7° Certains éléments dit minéraux, destinés à reconstituer les usures minérales, sanguines ou osseuses : l'intérêt pratique des réactions auxquelles ils donnent lieu dans l'organisme est immense ; les questions de déminéralisation et de déphosphorisation sont tout à fait à l'ordre du jour.

La question des régimes occupe une grande place dans ce volume ; régime des hydrocarbonés et des féculents ; régime des graisses et des aliments gras ; valeur des matériaux albuminoïdes ; boissons et aliments liquides, etc.

L'indifférence des praticiens à l'égard de ces faits nouveaux et de leurs conséquences pratiques ne leur est pas entièrement imputable. Les livres, même les mieux faits, les plus récents, ne leur sont pas directement accessibles.

Ces Principes de diététique ont été rédigés dans ce but exclusif. Ils ont pris origine et naissance dans les conférences faites à la Clinique médicale de Laënnec, sous les auspices du Pr Landouzy.

Précis de Gynécologie pratique à l'usage de étudiants et praticiens, par le Dr Camille Fournier, professeur à l'Ecole de médecine d'Amiens. 2e édition, revue et augmentée, 1 vol. in-16 de 392 pages, avec 149 fig., cart. : 5 fr. (Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, Paris).

L'ouvrage du Dr C. Fournier constitue un véritable Précis de Gynécologie pratique, à l'usage des étudiants et des médecins praticiens. Ni les uns, ni les autres ne peuvent trouver assez de temps pour étudier la Gynécologie dans les gros traités, et ces livres volumineux sont surtout consultés par des chirurgiens et des gynécologues, professant et opérant. Cependant, tout le monde se rend compte qu'étudiants et praticiens doivent posséder des notions de gynécologie.

Les principales maladies de la femme sont les déplacements, les malformations, les inflammations, les tumeurs, l'hématocèle, la grossesse extra-utérine. Cet ouvrage, écrit sans prétention, les résume toutes en insistant sur le côté pratique de ces questions.

Dans cette deuxième édition, le Dr Fournier a revu et augmenté chacun des chapitres, de manière à mettre entre les mains des étudiants et des médecins un livre court et simple, destiné à leur être utile pour les besoins les plus immédiats de leur profession. Le champ de la Gynécologie est aujourd'hui suffisamment limité pour qu'on puisse en faire tenir les notions élémentaires dans un petit volume : A mesure qu'elles se précisent, les sciences pratiques deviennent plus faciles à formuler. Mais, d'autre part, la rapidité des progrès accomplis modifie très vite leurs formules, vraies d'hier et fausses bientôt. C'est pourquoi, il était nécessaire d'apporter quelques retouches à ce *Précis* et d'y ajouter quelques nouveaux chapitres. Citons parmi ces chapitres nouveaux ou remaniés : le diagnostic et le traitement de nombre de maladies, le prolapsus, les déviations, les salpingites, les fibromes, l'éventration, les difformités congénitales, la gynécologie d'urgence, etc.

Nile Imprimerie. E. Lasnier, directeur. 35, 37, rue St-Lazare. Paris Le Propriétaire-Gérant : E. BLONDEL

TRAVAUX ORIGINAUX

NOTE SUR LES FERMENTS MÉTALLIQUES, LEUR ACTION SUR LE MÉTABOLISME, LEURS EFFETS DANS LA PNEUMONIE

Par Albert Robin.

Membre de l'Académie de Médecine, médecin de l'hôpital Beaujon.

La communication que j'ai eu l'honneur de soumettre à l'Académie, et qui est le développement de travaux faits avec M. Bardet et présentés en mars dernier à l'Académie des Sciences (1), comporte des faits et des hypothèses.

Les hypothèses, j'en fais bon marché. Vérifiées ou non, elles n'ont que la valeur d'une incitation au travail.

Mais les faits sont si extraordinaires qu'ils ne manqueront pas d'incrédules. Comme je ne doute pas qu'ils ne finissent par s'imposer, en ouvrant à la thérapeutique des horizons inattendus, je me tiens à la disposition de tous ceux qui voudront les étudier, les discuter ou les contester.

I

Bredig et ses continuateurs ont montré qu'en faisant passer un petit arc électrique entre des électrodes métalliques immergées dans l'eau distillée, on obtenait de véritables solutions renfermant par centimètre cube de neuf centièmes à deux dixièmes de milligramme du métal employé (2). Les mêmes auteurs ont constaté que ces solutions possédaient certaines réactions des diastases organiques et que ces réactions pouvaient être accélérées ou inhibées par les agents capables de la même influence sur les diastases.

J'ai poursuivi cette comparaison chez l'homme. Qu'on injecte sous la peau des solutions contenant quelques millièmes de gramme d'un métal, tel que le palladium, le platine, l'or, l'argent, etc..., et l'on observera des effets chimiques considérables et qui sont de tous points similaires à ceux obtenus avec des diastases extraites des levures.

Ces effets sont :

1° Une augmentation de l'urée qui peut s'élever de plus de 3 0/0, et atteindre des quantités, telles que par l'addition directe d'acide nitrique à l'urine, on voit parfois se déposer plus ou moins rapidement au fond du verre un gros culot de nitrate d'urée. Cette élévation du taux de l'urée, variable dans son intensité, est très fréquente, sauf chez les cancéreux avancés et les cachectiques en général.

2° L'augmentation du coefficient d'utilisation azotée;

3° L'augmentation de l'acide urique qui peut atteindre des chiffres considérables, jusqu'au triple de la quantité initiale;

(1) Albert Robin et G. Bardet. Action des métaux à l'état colloïdal et des oxydases artificielles sur l'évolution des maladies infectieuses. *Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, 22 mars 1904.

(2) Les solutions d'or contiennent de 0 gr. 00009 à 0 gr. 0002 de métal par centimètre cube. Ce titre est plus fort du double environ pour les solutions d'argent, et plus faible pour celles de palladium.

4° Une véritable décharge d'indoxyle urinaire;

5° Une diminution dans la quantité d'oxygène consommé total, sans abaissement parallèle de l'acide carbonique formé, d'où élévation du quotient respiratoire;

6° Une élévation temporaire de la tension sanguine;

7° A la suite de ces injections, j'ai observé encore, avec P.-Emile Weil, de profondes modifications dans les éléments figurés du sang :

L'injection est suivie pendant quelques heures d'une leucocytose véritable, légère chez un individu sain, intense dans des infections s'accompagnant normalement de leucocytose.

La diminution des leucocytes commence au bout d'une à deux heures et dure un temps variant d'un jour à deux. Elle est remplacée souvent par une augmentation secondaire du nombre des leucocytes, ou bien le retour à l'état antérieur se produit.

La destruction leucocytaire se fait aux dépens des polynucléaires neutrophiles; en même temps, s'observe une augmentation des mononucléaires ont les formes volumineuses, exerçant la fonction macrophagique, apparaissent en quantité très grande. Quand le retour à l'état antérieur ou à un état normal survient, il n'est pas rare de voir apparaître ou augmenter l'éosinophilie.

Le nombre des globules rouges ne paraît pas subir de notables modifications; ces modifications sont dans la limite des erreurs ou sont susceptibles d'interprétations diverses.

II

De ce premier ordre de faits découlent les conséquences bio-chimiques suivantes :

1° Confirmation expérimentale de la célèbre formule donnée par Armand Gautier pour expliquer le mode de désintégration vitale de l'albumine et la formation de l'urée, en dehors de tout apport d'oxygène extérieur et par hydratation et oxydo-réduction, puisque la quantité d'oxygène consommé total baisse ou croît à peine quand l'urée subit, au contraire, une si notable augmentation;

2° Preuve que l'indoxyle urinaire n'est pas seulement engendrée par les fermentations gastro-intestinales, mais qu'elle est encore le témoin des processus organiques d'hydratation et d'oxydo-réduction;

3° Preuve du rôle que l'on attribue aux diastases organiques dans les phénomènes chimiques de la désassimilation;

4° Possibilité d'assimiler les métaux en solution extrêmement étendue à ces diastases, d'où le nom de ferments métalliques, que je propose de leur donner.

A des doses presque infinitésimales, des métaux dissous dans l'eau sont donc capables d'une activité très grande, et sauf quelques différences que j'exposerai plus tard, la nature du métal importe peu dans la genèse des phénomènes physiologiques si intenses qui viennent d'être résumés.

Les mêmes effets sont obtenus avec des solutions métalliques et notamment des solutions de cuivre et de manganèse (1) qu'a bien voulu nous préparer M. A. Trillat (2)

(1) Les solutions de manganèse et de cuivre n'ont pu être obtenues encore par voie électrique, mais seulement par voie chimique. Celles de manganèse sont plus concentrées que les solutions métalliques électrolytiques. Leur titre est environ du décuple de celles-ci.

(2) A. Trillat. Influence activante d'une matière albuminoïde sur l'oxydation provoquée par la manganèse ; *Comptes-rendus de l'Académie des Sciences*, 30 novembre 1903 et 11 janvier 1904. — Sur le rôle d'oxydases que peuvent jouer les sels manganeux en présence d'un colloïde. *Ibid.*, 1er février 1904.

et qui sont obtenues en précipitant un sel métallique par un alcali, en présence d'un colloïde, comme l'albumine, la gélatine ou même la gomme.

Jusqu'à un certain point, on peut comparer cette extrême division des métaux à l'état de la matière contenue dans le tube de Crookes. On sait que le vide détermine dans les ampoules utilisées en radiologie un état particulier de la matière que le chimiste anglais a dénommé état radiant, et dans lequel les atomes de l'air sont extrêmement écartés, ce qui leur permet des mouvements simples et les rend capables de mieux utiliser leur énergie. Dans les solutions précédentes, les atomes du métal, séparés à l'extrême, sont en quelque sorte libérés, autonomes dans leur activité et susceptibles ainsi de développer plus d'énergie. Il semble que ce ne soient pas l'or, l'argent, le palladium, le platine, etc., qui agissent en tant que corps spécifiques, mais bien de la matière métallique à l'état radiant, absolument comme dans les ampoules électriques, il importe peu que le gaz soit de l'air raréfié ou de l'oxygène. La seule chose décisive, c'est que le vide soit poussé aussi loin que possible et que les atomes du gaz soient à leur maximum d'écartement.

Puisque je suis sur le terrain des hypothèses, pourquoi ne pas ajouter que ces notions font entrevoir le rôle, jusqu'ici obscur, des traces de corps simples combinés à la matière organique dans les tissus vivants ? Armand Gautier a trouvé de l'arsenic dans un grand nombre d'organes comme dans la plupart de nos aliments ; l'iode est le métalloïde du corps thyroïde, le cuivre existe normalement dans le foie, le manganèse dans le sang, pendant que le fer se rencontre dans la plupart des éléments et des tissus, et que les plus récentes recherches semblent démontrer la présence d'un métal dans tous les ferments organiques.

On conçoit que ces corps simples, même aux doses si minimes auxquelles on les rencontre, soient capables d'influence sur les réactions chimiques de la nutrition élémentaire et il n'en faut pas davantage pour soulever un très petit coin du voile qui obscurcit l'œuvre de la vie et donner quelque corps encore bien indécis au vieil emblème de la force vitale !

De même, l'action si énergique de ces métaux à l'état de traces si infiniment petites permet de comprendre les effets thérapeutiques si remarquables de certaines eaux minérales dont la composition n'explique pas l'activité, et dans lesquelles M. Garrigou a rencontré des traces de métaux divers.

Et ne peut-on pas se demander aussi si la présence du métal, infiniment divisé, n'est pas parallèle à de multiples fonctions vitales et si cet état physique particulier de ce métal n'est pas l'un des intermédiaires qui unissent la matière organique à la matière organisée et même à la matière vivante ?

III

Mais laissons les hypothèses et revenons aux faits.

L'action dominante des ferments métalliques se résumant, pour l'instant, en une stimulation des phénomènes hydratants et oxydo-réducteurs corrélatifs d'un certain nombre d'actes vitaux, je me suis demandé s'ils n'étaient pas aptes à exercer des effets thérapeutiques dans les cas où ces actes sont compromis ou insuffisants.

Il importait donc de déterminer d'abord les états morbides où cette modalité du métabolisme se rencontre et de fixer ainsi le rôle de ces phénomènes d'hydratation et d'oxydo-réduction dans les évolutions pathologiques.

Parmi ces états morbides, je n'envisagerai aujourd'hui que la pneumonie.

Dans la pneumonie infectieuse, à terminaison fatale, le coefficient d'utilisation azotée tombe, en moyenne à 68-73 0/0, et la production d'urée est plus ou moins diminuée. Dans les cas qui guérissent, le coefficient varie de 77 à 82 0/0, à la période d'état. Il s'élève, ainsi que l'urée, un peu avant la défervescence thermique (décharge précritique), pour croître encore au cours de celle-ci.

Comme, au même moment, l'oxygène total consommé diminue et que le quotient respiratoire augmente, ainsi que je l'ai observé avec Maurice Binet, il en résulte que la crise pneumonique coïncide avec une exagération des actes chimiques hydratants et oxydo-réducteurs qui traduisent l'énergie que l'organisme met dans sa défense et que ceux-ci sont l'une des conditions de cette crise salutaire.

La similitude existant entre les phénomènes chimiques de la crise pneumonique spontanée et ceux provoqués par les ferments métalliques légitimait la tentative d'une médication fonctionnelle destinée à mettre en train, à aider ou à accroître, à l'aide de ces ferments métalliques, les actes chimiques corrélatifs de la crise naturelle de la pneumonie.

Chimiquement, les résultats de l'injection sous-cutanée de cinq à dix centimètres cubes d'une solution métallique, renfermant de 0 mm. 2 à 0 mm.09 de principe actif par centimètre cube, sont très nets : augmentation de l'urée, du coefficient d'utilisation azotée, de l'acide urique, décharge d'indoxyle.

Cliniquement, la défervescence thermique se produit six fois sur dix avant le septième jour. Elle est brusque dans 8 cas sur 10, avec une chute variant de 1°6 à 2°5. Dans 2 cas sur 10, elle est suivie, deux à trois jours après, d'une nouvelle poussée thermique, cédant aussitôt à une nouvelle injection.

Les signes physiques des lésions de la pneumonie montrent que celle-ci continue son évolution, malgré la chute de la température. La crise polyurique de la convalescence paraît retardée de quelques jours.

Je n'ai pas assez d'observations pour justifier une statistique : sur quatorze cas traités, il y a eu treize guérisons. Celui de mes malades qui a succombé avait fait sa défervescence le sixième jour. Il commençait à manger et ne se plaignait de rien, quand le dixième jour, en se levant pour qu'on fît son lit, il mourut subitement. A l'autopsie, on trouva de gros caillots obturant l'artère pulmonaire. Le cœur était mou, surchargé de graisse, sans lésions valvulaires. Le poumon était encore hépatisé ; le foie était volumineux et congestionné.

Les ferments métalliques n'ont pas d'action sur la lésion pneumonique. Ils stimulent la réaction de l'organisme contre l'infection et ses produits toxiques. Leur utilité consiste dans l'aide qu'ils apportent aux procédés normaux de défense, puisqu'ils superposent à ces réactions vitales et personnelles une activité parallèle qui se traduit par une plus rapide disparition des sympômes corrélatifs de l'infection.

Réduit à rôle de corroborant de la vis medicatrix, et aidant simplement à la nature à se guérir, ce traitement fonctionnel ne saurait résumer le traitement de la pneumonie, puisqu'il ne sous-entend pas les diverses médications nécessitées par la survenance d'une complication, par une anormale prédominance symptomatique ou par les particularités de la lésion elle-même.

Au point de vue de la physiologie pathologique, il a fait ses preuves. Aux cliniciens de dire, après plus large emploi, s'il doit entrer régulièrement dans la thérapeutique de la pneumonie.

J'ai employé aussi les ferments métalliques dans un certain nombre de maladies infectieuses et dans quelques maladies de la nutrition. Mais, les résultats ne s'étant pas présentés aussi nettement que dans la pneumonie, j'en réserve l'étude pour une communication ultérieure ; à ce moment, je pourrai joindre à mes propres recherches celles entreprises par quelques-uns de mes confrères.

IV

Avant de terminer, qu'il me soit encore permis de soulever une hypothèse.

J'ai traité quinze cas de pneumonie par le sérum anti-diphtéritique, le sérum normal du sang de cheval, le lacto-sérum de R. Blondel et les réductases extraites de la levure. Il y a eu treize guérisons et deux morts, l'une par abcès du poumon et péricardite, l'autre par néphrite pneumococcique. Dans ces cas, les effets de ces diverses préparations sur les réactions urinaires et sur la température furent calqués sur ceux des ferments métalliques avec une intensité maximum pour le sérum antidiphtéritique et minimum pour le lacto-sérum.

S'il était démontré par des recherches plus nombreuses et plus approfondies que les effets de ces sérums et des ferments métalliques sur le métabolisme sont identiques, ne serait-il pas préférable d'employer des derniers dans le traitement des maladies justiciables de la médication fonctionnelle par hydratation et oxydo-réduction ?

On peut se demander encore si les divers sérums ne doivent pas, en partie, leur action aux diastases hydratantes oxydo-réductrices qu'ils renferment. et si cette hypothèse passait à l'état de fait, il faudrait rechercher si les effets oxydo-réducteurs de celles-ci ne sont pas aussi fonction d'un métal dont il y aurait lieu de determiner la nature et les proportions.

Devant l'imprévu et l'apparence presque paradoxale des faits que j'apporte, quelques critiques pourraient, de prime abord, être tentés de supposer que ces faits et les hypothèses qui tentent de les expliquer se rattacheraient aux vieilles rêveries métaphysiques avec lesquelles la médecine n'a rien à faire. Or, je ne pense pas que ces recherches démontrent l'existence d'une vertu médicatrice latente dans un médicament non plus que la libération de cette vertu par l'extrême dilution.

J'ai été guidé par les phénomènes physiques récemment découverts (radioactivité, ionisation, mise en évidence de l'énergie atomique) et par des faits biologiques de haute importance (action des diastases et zymases, action des métaux divisés, phénomènes catalytiques). Par conséquent, loin de me livrer à la spéculation, je n'ai fait qu'une tentative d'application clinique des données nouvelles que la physique et la chimie ont introduites dans la science.

Je conclus :

1° Que les métaux divisés à l'extrême sont capables d'actions physiologiques considérables et hors de proportion avec la quantité du métal employé ;

2° Que ces métaux, agissant à des doses que la thérapeutique considérait jusqu'à présent comme inactives et inutiles, impressionnant profondément des actes chimiques de la vie dont les déviations sont conjuguées à de nombreux états morbides, sont probablement destinés à prendre une place importante dans l'arsenal de la thérapeutique fonctionnelle.

SUR QUELQUES EMPLOIS DU THIGÉNOL, PARTICULIÈREMENT EN GYNÉCOLOGIE

Par le Dr Raoul Blondel,

Chef de laboratoire à la Maternité de l'hôpital de la Charité.

Le thigénol n'est déjà plus ce qu'on peut appeler un médicament nouveau. En deux ans, à peine, il a conquis son droit de cité dans la thérapeutique actuelle, avec les travaux de Jaquet (de Bâle), de Newmann (de Berlin), de Silberstein (de Vienne), et, en France, de Rousseau (*Thèse de Paris*, 1904), de Batigne (*Gazette des hôpitaux*, 1904, n° 123), etc. Cependant il ne nous semble pas encore connu, par la majorité des praticiens français, comme il mériterait de l'être, et c'est la seule raison de cette courte étude où nous apportons sur ce sujet la contribution de nos observations, prises tant à notre clinique privée que dans la clientèle.

Disons de suite que, chimiquement, le thigénol n'est autre que le frère cadet de l'ichthyol. Celui-ci est obtenu, comme chacun sait, en traitant par l'acide sulfurique concentré le produit de la distillation de roches bitumineuses, dites schistes à empreintes de poissons — d'où le nom — dont on trouve des dépôts dans le Tyrol, en particulier à Saalfeld. On sature ensuite par un alcalin : ce fut d'abord le carbonate de soude : c'est aujourd'hui l'ammoniaque.

On sait les services que l'ichthyol a rendus en dermatologie où il est, en quelque sorte, le type des *réducteurs* doux, et en gynécologie où il agit à la fois comme sédatif, décongestionnant et microbicide léger.

Mais l'ichthyol est doué d'une odeur des plus désagréables, due à la présence des impuretés nombreuses qu'il doit à son origine naturelle. Sa teneur en soufre, — son principe essentiel, — est assez variable et paraît ne guère dépasser 8,80 0/0. Absorbé à l'intérieur, bien qu'il ne soit pas toxique, il détermine quelquefois de l'anorexie et des troubles gastriques.

Il en existe une édition corrigée, le *thiol*, moins nauséabonde, mais assez coûteuse.

Le thigénol représente une simplification de l'ichthyol. On l'obtient en traitant, par l'acide sulfurique concentré, l'huile d'amandes douces. Le produit brunâtre qui forme la couche la plus profonde du mélange est neutralisé exactement par la soude, étendu d'eau, filtré et enfin concentré par distillation.

Sa composition est constante, ayant pour point de départ une huile naturelle à composition elle-même définie. Il renferme 10 0/0 de soufre, donc presque 2 0/0 de plus que l'ichthyol. Son odeur n'est plus bitumineuse ni nauséabonde, mais spéciale et peu prononcée, nullement désagréable. Il ne fait sur le linge que des taches couleur café qui s'enlèvent aisément par l'eau. Enfin, il est peu coûteux, sa fabrication étant des plus simples.

C'est un liquide épais, brun foncé, non caustique, de saveur huileuse, facilement soluble dans l'eau, l'alcool et la glycérine. Il est aisé à incorporer aux pommades. Il ne présente aucune toxicité, même à la dose de 20 grammes par jour.

Les Allemands l'ont employé avec succès en dermatologie, partout où l'on employait jusque-là l'ichthyol.

N'ayant pas eu pour but de faire une étude systématique du médicament, je rapporterai ici simplement le résultat de mes observations qui ont porté sur les points suivants :

1. Eczéma séborrhéique;
2. Prostatite;
3. Affections gynécologiques diverses.

*
* *

Éczéma séborrhéique. — J'en ai traité par le thigénol trois cas, l'un de la face, un autre des membres, un troisième du pli inguinal et du sillon fessier.

J'ai fait usage dans les deux premiers, — deux formes torpides — du thigénol pur. Son emploi n'a déterminé aucune cuisson. Il a rapidement fait cesser les démangeaisons et fait pâlir la peau. Au bout de quinze jours d'applications quotidiennes, les lésions pouvaient être considérées comme guéries. Aucun autre traitement que celui des troubles gastro-intestinaux concomitants. Les lésions datai ent respectivement de six mois et d'un an environ.

Le 3e cas fut moins probant. Vu la situation de la lésion, le suintement malodorant dont elle était le siège, je crus ne devoir employer que les badigeonnages avec la solution aqueuse à parties égales. Je notai d'abord une légère irritation, qui se calma après les deux premiers jours d'application. Puis la peau pâlit peu à peu, sans reprendre toutefois la teinte normale : il persistait une nuance brune très claire. La région devenant complètement sèche, j'abandonnai le traitement : mais, au bout d'un mois, un enduit farineux reparaissait, puis le suintement s'établissait à nouveau.

Reprise du traitement par le thigénol, avec disparition des accidents au bout de quinze jours. Deux mois après, nouvelle récidive, également enrayée. Je n'ose affirmer qu'il ne s'en reproduira pas de nouvelle.

Il faut dire qu'il s'agissait d'un cas datant de deux ans, ayant résisté à tous les autres traitements, chez un sujet à peau très grasse, suant très facilement et obligé de porter un suspensoir avec sous-cuisses.

*
* *

Prostatite. — J'ai plusieurs fois employé jusqu'ici l'ichthyol dans les prostatites aiguës et chroniques, toujours avec un égal succès. Il est vrai que je ne l'emploie pas seul, mais sous la forme suivante :

Je prescris :

Ichthyol.....	ãã 5 grammes
Antypyrine.....	
Eau distillée.....	100 —

Une cuillerée à café dans un verre d'eau — 120 grammes, — à 52°, pour un petit lavement, qui sera gardé.

Je n'ignore pas les bons effets, en pareil cas, de l'eau pure, portée à la température de 52°. Mais j'ai nettement observé qu'avec la formule ci-dessus la sédation était beaucoup plus rapide, la décongestion beaucoup plus marquée, les effets plus durables qu'avec l'eau simple.

J'ai substitué le thigénol, quand je l'ai connu, à l'ichthyol dans cette formule et je n'ai eu qu'à m'en louer. Avec l'ichthyol, j'observais, à la longue, — car il s'agit d'un traitement à prolonger longtemps et à reprendre souvent — des troubles gastro-intestinaux analogues à ceux que produisent les lavements boriqués au bout de quelques jours. On note de l'anorexie, de la céphalée même, parfois un peu de congestion de la face, puis au contraire de la pâleur dans l'heure qui suit la prise du lavement.

Avec le thigénol, je n'ai rien observé de ce genre et les effets locaux décongestionnants ont été au moins aussi marqués. J'ai en surveillance un vieux prostatique que saisissent souvent des crises de dysurie, en général le matin, mais aussi chaque fois qu'il est resté trop longtemps assis ou qu'il a négligé de surveiller ses fonctions intestinales. Un lavement très chaud au thigénol lui permet, un quart d'heure après, d'uriner presque sans difficulté, et il en a alors pour plusieurs jours à être tranquille.

Un autre malade, que je soigne depuis longtemps, a du varicocèle à crises extrêmement douloureuses revenant par intervalles, chaque fois que, pour une cause quelconque, il a laissé se congestionner sa prostate atteinte chroniquement d'inflammation ancienne. Il était jadis obligé chaque fois, de se coucher et d'interrompre toute affaire. Deux lavements par jour au thigénol lui rendent aussitôt ses douleurs supportables et lui permettent de reprendre ses occupations.

J'ai, en tout, cinq cas de ce genre, tous favorables, identiques d'ailleurs à ceux où j'employais jadis l'ichthyol, sauf l'absence de troubles généraux à la suite du traitement.

*
* *

Affections gynécologiques. — Mais c'est principalement dans les affections gynécologiques que j'ai pu me faire une opinion réellement fondée sur la valeur thérapeutique du thigénol.

Ses emplois y sont multiples, car les propriétés qui lui sont particulières répondent précisément aux indications que le praticien a le plus souvent à remplir lorsqu'il est en présence d'une malade ressortissant à la gynécologie.

Si on laisse de côté les néoplasmes, les traumatismes, les dystrophies et les vices de position, le reste du domaine de la gynéco-pathologie est entièrement constitué par les infections et leurs suites; à ce groupe appartiennent 95 0/0 des femmes qui viennent consulter pour « leur ventre ». Là-dessus un bon tiers présentent d'ailleurs des combinaisons entre les troubles inflammatoires et les troubles de statique ou les suites de traumatismes.

Infection puerpérale, infection blennorhagique, infection banale, tels sont les trois types dans lesquels mon maître J. A. Doléris classe ces diverses infections.

Ce n'est pas le lieu de discuter ici les caractères cliniques qui répondent à cette division, logiquement basée sur la détermination de l'agent pathogène soit par l'examen microscopique, soit par les commémoratifs, qui peuvent assez souvent suffire, bien qu'il ne faille pas trop s'y fier.

Si, à l'état aigu, la distinction entre les deux premiers groupes est facile, entre les deux derniers plus subtile, à l'état subaigu ou chronique cette distinction perd beau-

coup de son intérêt. Quand on a dit que le gonocoque crée plutôt de la périmétrite, avec retentissement péritonéal plus ou moins marqué, adhérences consécutives, etc., ce qui tient à ce que la propagation aux annexes se fait aussi souvent par la voie lymphatique que par la propagation de muqueuse à muqueuse, — quand on a dit, par contre, que les affections tubaires d'origine puerpérale aboutissent plutôt aux formes purement muqueuses et catarrhales, on a à peu près tout dit. Du côté de l'utérus, les lacérations fréquentes du col, quand il y a étiologie puerpérale, entretiennent des ectropions plus marqués et plus tenaces; l'engorgement du parenchyme et du muscle utérin est plus marqué, testament d'une involution défectueuse et troublée par l'infection.

A part ces réserves, la marche de la maladie le processus de guérison sont les mêmes, ce qui n'est pas fait pour nous surprendre, puisque, si nous revenons à la conception pathogénique purement microbienne, nous constatons que le streptocoque d'une part, le gonocoque de l'autre, sont des agents à vitalité assez courte, ouvrant surtout la voie aux autres microorganismes, saprophytes éventuellement pathogènes, qui s'installent à la suite des premiers dans les tissus qu'ils ont modifiés par l'inflammation, et devient nent alors les auteurs responsables des lésions de l'état subaigu et chronique.

Aussi, sans plus nous embarrasser de distinctions nosographiques, dirons-nous que ce à quoi le praticien consulté est appelé à remédier se ramène, quelle qu'en soit l'origine, aux symptômes suivants :

1° Les écoulements vaginaux ;

2° L'inflammation utérine;

3° L'inflammation des annexes;

4° J'ajouterai les troubles de position de l'utérus et des annexes, si fréquemment associés;

5° J'ajouterai encore l'infection persistante de l'urèthre et des glandes para-uréthrales.

*
* *

Les écoulements dits vaginaux sont ou vraiment vaginaux ou utérins. Les premiers relèvent de la vaginite simple, soit leucorrhéïque, soit sénile, ou de la blennorrhagie à sa période initiale aiguë, — forme qu'on observe rarement hors de l'enfance ou de certains milieux spéciaux.

Les sécrétions utérines viciées sont presque entièrement cervicales, le produit des glandes du corps utérin étant généralement négligeable, hors le cas très rare de pyorrhée.

Pendant la période que j'ai consacrée à l'expérimentation du thigénol, je n'ai vu qu'un cas de vaginite vraie, d'origine sénile. J'ai appliqué, trois fois par semaine, un tampon d'ouate imbibé de thigénol coupé de moitié d'eau, tampon laissé 12 heures, après lesquelles la malade l'enlevait et pratiquait 2 injections par jour, avec une solution de bicarbonate de soude à 1/100. Dès le second pansement l'écoulement était modifié, la muqueuse moins rouge, beaucoup moins sensible. Au bout de 10 jours la guérison était complète.

J'ai pu mieux me rendre compte de l'action du thigénol dans les cas très nombreux de cervicite subaiguë ou chronique où je l'ai employé. J'ai l'habitude de faire, dans ces cas, un lavage de la cavité cervicale avec une solution de permanganate ou de sublimé, selon que je soupçonnais la présence du gonocoque ou de microorganismes différents.

Je faisais suivre ce lavage de l'application d'un très petit tampon d'ouate bien imbibé d'un mélange à parties égales de thigénol et de glycérine, placé dans la cavité cervicale

même, de façon toutefois à ne pas l'occlure. J'introduis ensuite un tampon vaginal imbibé du même mélange et laissé en place 18 heures, c'est-à-dire que ce tampon placé généralement l'après-midi, n'était enlevé que le matin.

On sait les bons effets de ces tampons glycérinés sur les tissus cervicaux, l'hypersécrétion qu'ils déterminent, véritable balayage des glandes par la transsudation dont elles sont le siège : c'est le meilleur traitement de ces flux muqueux d'origine infectieuse, comme l'antique traitement de la blennorrhagie masculine en « faisant couler » pendant la période aiguë. Il s'agit avant tout de *vider les glandes*, et aucun autre procédé n'y réussit mieux.

L'adjonction d'un antiseptique à la glycérine empêche que la culture ne se continue dans le vagin. L'ichthyol y convient suffisamment et le thigénol aussi bien, avec l'avantage de l'absence d'odeur.

J'ai vu, par ce procédé, classique d'ailleurs en son principe, guérir de très anciens catarrhes cervicaux en grand nombre, à la condition toutefois que le traitement soit intermittent, c'est-à-dire pratiqué pendant trois semaines, suivies d'une semaine de repos ; puis pendant deux semaines, avec un nouveau repos ; enfin pendant une dernière période de huit jours.

Ces stérilisations successives, dans le genre de la *Tyndallisation*, m'ont toujours paru beaucoup plus efficaces que la prolongation indéfinie du traitement sans autre repos que celui des règles.

***

Les mêmes tampons à la glycérine au thigénol agissent comme décongestionnants contre l'élément inflammatoire de l'utérus, à l'état subaigu. Je les ai vu modifier rapidement le volume de gros utérus congestionnés, mous, chroniquement enflammés et, par ce moyen, diminuer les hémorragies, ramenant peu à peu le flux menstruel à ses proportions normales.

J'obtiens mieux encore, dans ces cas, en plaçant dans l'utérus, à l'aide de mon porte-mèche, une petite lanière de gaze trempée dans le mélange ichthyolé : en fixant le col avec une pince à griffes, la manœuvre est facile et inoffensive. Cette mèche est laissée en place 48 heures : l'adjonction du thigénol m'a paru rendre sa présence aussi peu douloureuse que possible.

D'ailleurs, le thigénol n'est pas seulement décongestionnant : il m'a paru avoir une action réelle sur l'élément douleur dans les inflammations utéro-annexielles. C'est une des premières choses que les malades notent après son emploi. Batigne l'avait déjà fort bien remarqué.

Je ne crois pas qu'on puisse parler d'une action véritablement anesthésique : il est plus vraisemblable que c'est par l'intermédiaire de la vaso-constriction, qui appartient incontestablement au thigénol, que la douleur liée à la congestion finit par s'atténuer et disparaître.

***

Mais le véritable champ d'action du thigénol, ce sont les inflamations annexielles, para-métrite et péri-métrite. Dans tout ce qui précède, le thigénol n'a fait qu'apporter un perfectionnement aux moyens dont nous disposions déjà. Ici, il est sans rival.

Fritsch avait déjà signalé cette singulière propriété de l'ichthyol de traverser les tissus et d'agir à distance. Absorption directe ou plutôt action vaso-motrice à distance, peu importe. Il est certain que l'ichthyol possède cette propriété rare et que, placé dans

un cul-de-sac vaginal répondant à un empâtement inflammatoire du tissu conjonctif pelvien, il modifie ce dernier d'une façon constante et dans des conditions vraiment toutes différentes de ce que l'on peut attendre du simple repos. Le thigénol jouit des mêmes vertus. J'ai traité par le tamponnement à la glycérine thigénolisée (par parties égales) 32 cas de para-métrite de divers types, la plupart avec adhérences et annexes enflammées. Je puis affirmer qu'aucun médicament ne m'a donné de meilleurs ni de plus rapides résultats pour la cessation de la douleur et la résorption des exsudats.

Je ne veux pas encombrer cette courte note de citations d'observations qui sembleraient calquées les unes sur les autres : il y en a pourtant de bien typiques, le cas, entre autres, d'une salpingo-ovarite double datant de deux ans, simplement améliorée par les traitements antérieurs, mais sujette à de constantes récidives dès que le sujet reprenait sa vie normale, — et que je considère aujourd'hui comme définitivement guérie puisque, depuis six mois, les culs de sacs restent souples et vides, les annexes ont repris leur volume normal, et que malgré la liberté d'existence, je dirai même l'intempérance, reprise par le sujet, aucune récidive n'est plus survenue. Ce résultat a été obtenu en un mois de columnisation du vagin avec des tampons au thigénol, jointe à l'emploi, matin et soir, d'un petit lavement à 52° avec la solution de thigénol indiquée plus haut.

Les rétrodéviations, que l'on trouve si souvent liées aux annexites, se sont toujours montrées favorablement influencées par le tamponnement au thigénol, toujours par voie de décongestion. Ceci, bien entendu, ne peut remplacer le traitement mécanique ou opératoire ; mais il le prépare, ce qui est souvent utile, surtout quand il existe des adhérences.

En terminant, je veux signaler un dernier emploi du médicament : il s'agit de la blennorrhagie chronique de l'urèthre et des glandes para-uréthrales, cette dernière si fréquente et d'habitude si négligée.

J'ai employé là le thigénol pur, soit porté dans l'urèthre même, sur un petit tampon d'ouate laissé à demeure jusqu'à la prochaine miction, soit introduit dans les glandes à l'aide de l'aiguille de platine finement bouclée à son extrémité, qui sert d'habitude aux ensemencements microbiens. Trois semaines de cette pratique quotidienne m'ont suffi, dans dix cas, à guérir des suppurations uréthrales chroniques, toutes très anciennes et très tenaces. Pour les glandes para-uréthrales le résultat est plus long à obtenir et moins complet. Deux fois, il m'a fallu inciser le trajet glandulaire et le transformer en une rainure qui s'est d'ailleurs désinfectée ensuite rapidement. On néglige trop, en général, ces foyers accessoires et résiduels de la blennorrhagie féminine et l'on oublie trop qu'il y a là une cause permanente pour ces récidives désespérantes qu'on ne sait comment expliquer, même « dans le meilleur monde ».

En résumé, le thigénol, après un an d'emploi tant à ma clinique que dans la pratique urbaine, m'est toujours apparu comme un médicament précieux pour le gynécologue et dont les indications se retrouvent à chaque instant dans la plupart des cas qu'il a couramment à traiter. Son action est celle de l'ichthyol, déjà très précieuse. Mais il est plus énergique dans ses effets et son emploi n'est accompagné d'aucun des désagréments — odeur nauséabonde, possibilité de légers troubles généraux après absorption, — qu'on peut justement reprocher à celui-ci. Je le considère donc comme une acquisition très importante pour la pratique.

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 7 décembre 1904

Présidence de M. Mathieu

M. Leredde, à propos de la *composition du thiol*, fait ressortir que ses expériences ont été faites avec un produit minutieusement préparé, débarrassé de tout principe irritant, et ne tachant pas le linge. Ce thiol se présente sous l'aspect d'un sirop épais, de réaction neutre, ne contenant pas d'arsenic. Il faut, pour l'obtenir, prescrire : « thiol véritable ».

M. Chevalier fait remarquer que ce thiol part de l'huile de paraffine : or, il en existe une cinquantaine : comment peut-on, dans ces conditions, parler d'un produit nettement défini ?

M. Leredde répond que la même difficulté se retrouve avec l'ichtyol, ce qui n'empêche pas les praticiens d'utiliser ce produit avec succès.

M. Chevalier estime qu'on a eu tort d'appeler « thiol » un produit plus nettement défini que tous ceux du même groupe, qui ont droit à la même dénomination.

M. Edhem, de Constantinople, envoie une note sur l'*entérite muco-membraneuse*. Cette dénomination est défectueuse, car le mot d'entérite implique la notion d'inflammation, et on n'en trouve pas trace dans cette affection. Le symptôme capital est le spasme, que l'on peut déceler par le toucher rectal : tout en haut de l'ampoule, on rencontre l'intestin rétréci et ne laissant pas pénétrer le doigt. Tout le segment intestinal, situé au-dessus jusqu'à l'intestin grêle, se trouve dans le même état spasmodique.

Les muco-membranes ne se rencontrent pas dans tous les cas ; la dénomination pèche encore sous ce rapport. Seuls, le spasme et l'hypersthénie ne font jamais défaut : l'hypersthénie gastrique précède très souvent l'entéroptose : dès que celle-ci s'installe, les troubles stomacaux disparaissent.

L'auteur propose le nom d'*hypersthénie intestinale*.

M. Bardet rappelle que M. Blondel, il y a quelques années déjà, a proposé cette dénomination qui excita, à cette époque, des protestations : aujourd'hui il n'en est plus de même. Pour l'orateur, les troubles gastriques *précèdent toujours* les troubles intestinaux, et pour guérir ces derniers, l'institution d'un régime, influençant l'estomac, s'impose. Pour combattre l'hypersthénie, il faut diminuer la quantité des aliments, et bientôt l'entérocolite s'améliore. Mais on n'arrive jamais à guérir entièrement ces malades, parce que ce sont des nerveux qui présentent ces troubles, et que le moindre surmenage ou ennui peut provoquer une récidive : il faut borner son ambition à raréfier les crises, et on y parviendra par le régime de l'hypersthénie stomacale : l'entérocolite, phénomène accessoire qui attire toute l'attention du malade, guérira sans traitement local.

M. Lyon cite l'observation d'un jeune homme, jusque-là bien portant, qui fut pris brusquement d'entéro-colite intense à la suite d'un bain dans la Marne, au cours duquel il faillit se noyer. L'orateur a pu guérir rapidement l'affection en persuadant au malade que les accidents qui le préoccupaient n'avaient aucune importance.

Contrairement à M. Bardet, l'orateur estime qu'il faut largement alimenter ces malades, chez lesquels le chimisme stomacal varie sans cesse. En outre, si on attire leur attention du côté de leur estomac, ils se préoccuperont de suite de leur état gastrique et retomberont dans un état de neurasthénie marquée.

M. Bertherand conseille de toujours examiner les selles de ces malades : on reconnaîtra qu'elles ont souvent une réaction acide, conséquence de l'hypersthénie stomacale.

M. A. Robin lit une note concernant l'*action des infiniments petit en thérapeutique* (*Paraît dans la Revue*).

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies générales non infectieuses et intoxications

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Le traitement du diabète, par De Renzi (*Berlin. Kl. Woch.*, 14 novembre 1904). — D'après l'auteur, le diabète est surtout déterminé par l'habitude de la suralimentation qui amène chez l'individu la nutrition retardante, l'arthritisme. Pour ceux qui deviennent diabétiques en dehors de la suralimentation, il fait intervenir l'arthritisme héréditaire.

Le traitement du diabète doit être surtout hygiénique et diététique. Il s'agit d'arriver par un traitement approprié à une glucolyse complète. A cet effet, on a supprimé les hydrates de carbure de l'alimentation. Cantani a poussé ce traitement jusqu'à l'exagération, de manière à exposer les malades au danger de l'alimentation carnée exclusive qui produit la dyscrasie acide, avec le coma diabétique comme conséquence. Aussi de Renzi a systématiquement prescrit aux diabétiques de s'alimenter avec des légumes verts. Les diabétiques montrent en effet une très grande tolérance à l'égard des hydrates de carbure des légumes, ce qui tient à ce que l'hydrolyse donne lieu non à de la glucose, mais à de la lévulose, qui est bien mieux tolérée par les malades. Lorsqu'à un diabétique dont la glycosurie a été réduite à son taux normal par l'emploi des légumes verts, on donne 25 à 100 grammes de lévulose, on ne constate aucune augmentation de la glycosurie, ce qui montre que la lévulose a été entièrement détruite. Lorsqu'on réussit à habituer aux légumes verts des chiens auxquels on a extirpé le pancréas, on ne voit pas survenir la glycosurie, pas même en leur donnant de la lévulose. Cela tiendrait à ce que la lévulose se détruit lorsqu'on la chauffe au-dessus de 40°. D'un autre côté, soit injectant sous la peau de chien diverses espèces de sucre, a constaté que la glycosurie ne survient pas si on injecte de la lévulose.

A sa clinique de Renzi prescrit aux diabétiques le régime suivant : cinq portions de légumes verts, 300 grammes de viande, cinq œufs, un demi-litre de vin, ce qui représente en tout environ 2,104 calories. Ce régime qui améliore beaucoup l'état des diabétiques a montré l'avantage d'introduire dans l'organisme une grande quantité d'alcalins ou d'acides organiques sous forme de sels, donnant des carbonates. Ces alcalins neutralisent en partie les produits acides toxiques. La glycosurie diminue et cesse même complètement dans les cas de diabète léger, le diabète des amylivores, mais il n'en est plus de même dans les cas graves, dans le diabète des carnivores, qui ressemble davantage au diabète provenant de l'extirpation du pancréas.

Les aliments qui contiennent de la viande et de l'azote peuvent fournir une quantité plus ou moins grande de sucre, or, les hydrates de carbone des légumes verts sont bien plus complètement utilisés que ceux qui proviennent de la viande. Les diabétiques supportent la plupart très bien les fruits qui contiennent cependant une notable quantité de glucose à côté de la lévulose. Quant à l'emploi des pommes de terre, De Renzi n'a pas obtenu les mêmes résultats que Mossé. Il pense que ce légume agit surtout par les sels de potasse qu'il renferme et par la pauvreté en matériaux nutritifs. En dehors de l'alimentation, il faut employer tout ce qui peut activer les oxydations organiques et il n'y a pas de meilleurs oxydant des hydrates de carbone que l'exercice. De Renzi enfin de tous les médicaments ne retient que le bicarbonate de soude qui seul lui semble utile.

L. Jumon.

Traitement salicylé intra-veineux et affections rhumatismales, par Max Behr (*Muench. med. Woch.*, 8 novembre 1904). — L'auteur a employé la méthode des injections intra-vei-

neuses de salicylate de soude de Mendel. On doit éviter les injections sous-cutanées, parce que, même associées à la caféine, elles sont très douloureuses, mais faites correctement dans les vaisseaux, les injections ne déterminent aucun trouble. Mais Behr fait remarquer que les veines de divers individus se comportent d'une façon très variable sous l'influence de l'injection intra-veineuse de salicylate. Le vaisseau parfois se gonfle et il y a de la tendance à la thrombose. Mais s'il se produit parfois une douleur, elle ne persiste dans sucun cas.

En second lieu l'injection intra-veineuse de salicylate ne doit être prescrite que contre une affection rhumatismale, dans ce cas son action échoue rarement. L'intensité et la durée du résultat thérapeutique paraissent être en rapport avec le degré d'acuité de la maladie. La méthode échoue plus facilement dans les formes chroniques ou ne donne que des résultats passagers. Mais dans le rhumatisme aigu le résultat est parfois surprenant.

Dans un cas de rhumatisme aigu ayant atteint toutes les articulations d'un membre supérieur, le malade fut délivré de ses douleurs quatre minutes après l'injection et depuis trois mois, le rhumatisme n'est pas revenu. Tous les cas ne réagissent pas avec cette rapidité. Un malade atteint d'un rhumatisme articulaire datant de quatre ans, ne retira de la méthode qu'un résultat passager. L'injection intra-veineuse a donné de très bons résultats dans le lumbago.

Dans les névralgies, chez les phtisiques, les injections ont échoué très souvent, dans d'autres cas elles ont donné une amélioration passagère. En tout cas ce mode d'administration possède des avantages chez les phtisiques : il permet d'éviter les troubles de l'estomac et ne détermine jamais de sueurs comme lorsqu'on donne le salicylate de soude par la bouche.

Le traitement est inefficace contre les douleurs du dos et de l'épigastre que beaucoup de tuberculeux éprouvent dans la cure de repos

L. Jumon.

Action des rayons de Rœntgen en cas de leucémie, par Grawitz (*Soc. méd. de Berlin*, 23 novembre 1904). — L'orateur communique l'observation d'un homme de 54 ans, qui se présenta à lui dans un état de cachexie avancé au mois d'octobre. Proportion des globules rouges et blancs = 1 : 1 : foie et rate très hypertrophiés. Après 23 séances des rayons X, l'état général s'est notablement amélioré, la proportion des globules blancs est devenue à peu près normale, le foie et la rate ont diminué notablement de volume.

On ne peut encore considérer ce malade comme guéri, mais l'action des rayons X est indéniable.

E. Vogt.

Thyroïdectomie dans le goître exophtalmique, par Ch. Mayo. (*Medical Record*, 5 nov. 1904). — Au point de vue pratique, tous les chirurgiens ont vu des Basedowiens ordinaires guéris par le traitement médical, l'électricité ou sans traitement ou par la suggestion mentale de la Christian Science. Mais quelques-uns résistent à tous les efforts de la thérapeutique, c'est dans ces cas qu'on a recours à diverses opérations: l'exothyropexie qu'on pratique rarement, la ligature des artères thyroïdiennes, les opérations sur les ganglions du sympathique cervical, enfin la thyroïdectomie. Ayant eu l'occasion d'examiner des ganglions lymphatiques engorgés qui avaient été soumis aux rayons, Mayo trouva tous les vaisseaux lymphatiques du cou sclérosés, il eut alors l'idée d'appliquer ce traitement au goître exophtalmique et constata une amélioration marquée chez dix malades, de sorte qu'il recommanda d'employer ce traitement avant de recourir à l'opération, L'auteur se sert de la cocaïne, du chloroforme et de l'éther, après une injection préalable d'un centigramme de morphine. La cocaïne est choisie pour les cas très nerveux, avec pouls rapide, irrégulier et lorsque le malade redoute l'anesthésie générale. Mayo a une préférence pour l'éther. Dans l'opération il enlève une moitié de la glande et, si possible, l'isthme. Après l'opération, il n'est pas rare d'observer des troubles de thyroïdisme pendant quelques jours après l'ablation d'un goître colloïde et cystique. Pour remédier à cette conséquence, le mieux est de faire un bon drainage du goître. Les injections d'extrait surrénal, la morphine et l'atropine donnent souvent des résultats satisfaisants.

50 0/0 des opérés survivants ont été guéris de tous leurs troubles, 25 0/0 ont été améliorés, et 25 0/0 ont été guéris au bout de plusieurs mois. Six malades ont succombé sur un total de quarante. Un malade succomba pendant l'opération ; enfin l'intensité des symptômes entre en ligne de compte dans le pronostic opératoire.

L. Jumon.

Traitement sulfureux dans le saturnisme chronique, par Theod. Ogg (*The Scott. med. and surg. J.*, novembre 1904). — Si l'usage des bains est de plus haute importance pour ceux qui travaillent le plomb, afin de débarrasser la surface du corps de toutes les poussières qui y adhèrent, les bains peuvent aussi être employés

comme moyen d'élimination du poison déjà absorbé et déposé dans les tissus. Le plomb entre dans l'organisme par trois voies, la bouche, la respiration et la peau. C'est surtout par la bouche que le poison pénètre lorsque l'ouvrier ne prend pas la précaution de se laver les mains avant les repas, de se rincer la bouche, de se brosser les dents et de ne pas fumer pendant son travail.

Le masque pour être efficace contre l'absorption par les voies respiratoires devrait prendre le nez et la bouche et non pas seulement cette dernière. Quant à l'absorption par la peau, elle doit être très faible, bien que les ouvriers travaillent les pieds et les bras nus.

Une fois introduit dans l'organisme, le plomb se transforme en albuminate, fait partie intégante des tissus qu'il abandonne dans certaines conditions pour rentrer dans la circulation et produire des phénomènes toxiques. Cependant il est éliminé lentement et excrété par l'urine, la bile, la sueur, le lait et s'échappe des intestins sous forme de sulfure noir. Les bains sulfureux et les eaux sulfureuses facilitent l'élimination du plomb.

En premier lieu, l'iodure de potassium est un excellent éliminateur de ce poison. Peut-être facilite-t-il la mise en liberté du plomb dans les tissus et forme-t-il un composé soluble qui est éliminé par les reins. Certains auteurs attribuent à l'iodure une tendance à produire des symptômes aigus, à accroître les symptômes déjà existants, par suite de la quantité de sel soluble qui pénètre dans la circulation.

Les bains sulfureux et sulfo-alcalins, les eaux sulfureuses de toutes sortes agissent comme des adjuvants extrêmement utiles de l'iodure. Un bain sulfureux à la température de 35° durant une demi-heure à une heure pendant la période de traitement et accompagné de l'injection d'eau sulfureuse diminue les risques de l'intoxicatton dus à l'introduction trop rapide du plomb dans le sang sans élimination correspondante. Les eaux sulfureuses en passant à travers les tissus favorisent la formation d'un sulfure insoluble de plomb, qui finit par être excrété par les reins, la peau ou les intestins.

Les bains chauds en activant la circulation cutanée, stimulent la sécrétion des glandes cutanées. Enfin l'absorption des eaux à l'intérieur par leur effet cholagogue et purgatif, contribue à l'élimination du plomb par l'intestin et la bile.

L. Jumon.

Traitement de la morphinomanie, par Curran Pope (*Medical Record*, 29 octobre 1904). — — Dans le traitement de cette habitude on doit tenir compte de l'état particulier d'esprit des malades. L'état des organes excréteurs doit soigneusement être examiné, de même que le malade doit être ranimé à tous les points de vue, de façon à éviter des accidents lorsqu'on suspend le médicament. A ce moment on emploiera des médicaments ayant une action neuro-cardiaque, et non simplement pour remplacer le médicament. L'auteur recommande de ne pas donner l'hyoscine pour remplacer la morphine qui a été supprimée. Dans tous les cas il est très important de recourir à un traitement hygiénique consistant en massage, massage vibratoire, hydrothérapie, électricité, isolement, traitement moral. Le bromure de sodium peut être substitué à la morphine et comme stimulant on peut recourir à la cannabis indica.

L. Jumon.

Chirurgie générale

Dr Benoit

Ancien interne des hôpitaux

Traitement radiothérapique des cancers, par Tuffier et Haret (*Arch. d'électr. médicale*, 25 novembre 1904). — Deux points importants sont à considérer dans les résultats dus à cette méthode : les récidives et la nature des cicatrices obtenus ; pour le second point tout le monde est d'accord, il n'existe aucun procédé actuellement qui permette d'en obtenir d'aussi parfaites. Quant à la question des récidives, on se rappellera que les auteurs américains affirment que les récidives sont peu fréquentes, si l'on a soin de traiter les malades pendant quelque temps après la guérison. Leur appréciation est digne de valeur, étant donné que leurs observations remontent déjà à plusieurs années.

Aujourd'hui, l'indication de la radiothérapie semble se résumer dans les propositions suivantes :

Dans le traitement du cancroïde de la face, où la guérison est certaine, la cicatrice parfaite, c'est l'opération de choix : il en est de même dans le traitement de tous les épithéliomas cutanés, contre lesquels on ne peut tenter une intervention chirurgicale soit à cause de l'état local (siège, étendue), soit à cause de l'état général ou de l'âge du sujet :

Dans les récidives du cancer du sein, la radiothérapie s'impose ainsi qu'après les extirpations de néoplasmes, pour espérer enrayer la récidive.

Les auteurs disposent de 8 observations avec résultats remarquables dans 7 cas : le 8e est encore en traitement.

E. Vogt.

Traitement du cancer du gros intestin (*Soc. de Chirurgie*, 16 novembre 1904). — M. Quénu s'occupe de nouveau de cette question, au point de vue opératoire, s'entend. De son long rapport, il résulte que la grande diversité des cas doit nous dicter une conduite variable. S'agit-il d'obstruction ? Il faut se borner à faire un anus contre nature. Même conduite, naturellement, s'il y a des complications suppuratives. Lorsqu'on trouve un cancer méconnu, à l'ouverture du ventre, comme il se déclare partisan de l'opération *en un seul temps*, toutes les fois qu'elle est possible, il adopterait volontiers l'ablation simultanée de la tumeur, à la condition qu'il s'agisse d'un cancer limité, mobile et facile à enlever. Reclus et Hartmann ont indiqué une technique applicable à ces cas. Prenant à part le *cancer du cæcum*, l'orateur dit que l'un de ses opérés, dont le cancer était limité à la valvule iléo-cœcale, est encore vivant, cinq ans et demi après l'extirpation. Les autres, opérés en état cachectique, sont morts. Comme technique, ce chirurgien conseille de réséquer la partie dégénérée, puis de fermer le bout colique et de faire l'anastomose iléo-sigmoïde. C'est encore l'opération de choix pour les cancers des parties du gros intestin autres que le cœcum. M. Quénu termine en constatant que, de nos jours, les idées sont encore à ce point arriérées que la plupart des médecins laissent les malades arriver à la cachexie avant de les faire opérer. Dans ces conditions, les ressources de la chirurgie sont vaines.

M. Segond expose un moyen palliatif venant d'Amérique, et qu'il a employé au traitement de l'obstruction du gros intestin. Il consiste à inciser au niveau de la fosse iliaque, attirer au dehors l'appendice, l'ouvrir et y introduire une sonde par laquelle on évacue l'intestin. Nous ignorons si ce rôle nouveau de l'appendice est ou non appelé à un grand avenir. Ce serait une juste compensation de ses méfaits.

A. Benoit.

Traitement du prolapsus du rectum. (*Revue de Chir.* 1904, N° 5). — MM. Duval et Lenormant ont publié un article avec figures qui préconise, comme complément de la *rectopexie postérieure*, la *rectoplicature antérieure* avec myorraphie des releveurs de l'anus.

On a adopté depuis quelques années la méthode des « *pexies* » pour vaincre les prolapsus rebelles. Quénu a indiqué une méthode dans laquelle, après avoir incisé en arrière de l'anus et du coccyx sur la ligne médiane, on résèque le coccyx, et, mettant à découvert les ligaments sacro-sciatiques, on les perfore par des fils destinés à relever le rectum. L'organe se trouve ainsi suspendu à ces ligaments. Mais cette pratique donne quelques récidives. D'où le conseil donné par les anatomistes de suspendre à son tour la paroi antérieure de l'ampoule de la manière suivante :

On fait l'incision de la taille périnéale *prérectale*. On incise la bandelette uréthro-anale, on découvre les bords libres des releveurs que l'on écarte. On passe alors une série de fils transversaux dans la paroi antérieure du rectum. Ces fils, noués deux à deux, après avoir été ramenés à un nœud central, réalisent à la fois une rectoplicature verticale et transversale. Ils diminuent l'ampoule dans ses deux dimensions. On fait ensuite la suture des releveurs sur la ligne médiane et l'on peut y fixer les chefs des fils précédents. On termine enfin par quelques points sur le sphincter toujours trop lâche. Les opérés ne verront plus aussi fréquemment récidiver un prolapsus ainsi traité.

A. Benoit.

Traitement du prolapsus rectal par la rectotorsion, par P. Wreden (*Roussky Vratch*, 1904, n° 44). — Les résultats favorables qu'obtient Gersuny par l'urétrotorsion pour la cure du prolapsus urétral chez la femme ont engagé M. Wreden, privat-docent de chirurgie à Saint-Pétersbourg, à appliquer un procédé analogue la rectotorsion, dans le prolapsus rectal. Notre confrère russe a déjà opéré de la sorte, avec succès, 6 malades, dont 5 hommes et 1 femme. Voici comment il procède à cet effet :

L'intestin ayant été préalablement débarrassé des matières fécales, on endort le malade au chloroforme et on mène, tout autour de l'anus, une incision circulaire qui doit rester partout à 1 centimètre en dehors de la région pigmentée périanale. La rondelle de peau ainsi circonscrite est séparée de l'intestin jusqu'à ce que le sphincter externe soit mis à découvert. La partie inférieure du rectum, ensemble avec le sphincter externe et le releveur de l'anus, est ensuite libérée du tissu cellulaire environnant jusqu'à la limite supérieure du releveur de l'anus (en arrière) et de la prostate (en avant). Pour cela, on se sert exclusivement d'instruments mousses. Cette séparation, facile chez l'homme, l'est beaucoup moins alors qu'on

a affaire à une femme, chez laquelle on est obligé de ne pas dépasser, par en haut, la limite supérieure du col utérin. La partie inférieure du rectum une fois libérée, comme il a été dit, on la saisit, sur sa ligne médiane, dans une pince de Museux et, après l'avoir réduite de façon à ne plus laisser subsister trace de prolapsus, on la tord autour de son axe longitudinal, jusqu'à ce que l'orifice anal ne laisse plus passer que difficilement l'extrémité de l'index, ce qui nécessite une torsion de 180° à 270°. C'est dans cette position (dans laquelle les fibres du releveur de l'anus entourent en spirale toute l'étendue de la paroi rectale) que le rectum est fixé, par plusieurs sutures, profondes et superficielles, au-dessus de la rondelle cutanée anale. On administre de l'opium pour constiper le malade. Au bout d'une semaine, après l'avoir purgé, on peut enlever les sutures superficielles. Au dixième ou onzième jour, on enlève aussi les sutures profondes.

Chez aucun des six opérés de l'auteur, le prolapsus rectal n'a encore récidivé. Ces opérations remontent à une période de temps variant, suivant les cas, entre un et sept ans.

V. de Holstein.

Chirurgie intestinale (*Annales de la Soc. de Méd. d'Anvers*, août-septembre 1904). — M. Lambotte publie sa statistique chirurgicale des dernières années. Nous ne trouvons rien de particulier à signaler en chirurgie gastrique, où les procédés classiques ont été appliqués avec les guérisons opératoires ordinaires. Beaucoup d'opérations figurant sur ce tableau n'offrent aucun intérêt ; il serait bon de faire un choix ou d'épargner au lecteur de fastidieuses énumérations pour en venir aux conclusions utiles. En chirurgie gastrique, l'auteur se lamente sur l'état de déchéance organique des malades qui se présentent pour être opérés. Il est évident que de tels sujets ne peuvent fournir une brillante statistique opératoire. Si l'opération, dit-il, est très grave dans le cancer, elle ne l'est nullement dans l'ulcère. Aussi ce dernier doit-il être opéré, s'il ne guérit pas promptement par le traitement médical. Pour toutes les anastomoses, il renonce presque complètement au bouton de Murphy, suivant ainsi le courant général. Il vaut mieux faire une gastro-entérostomie large avec une double couronne de surjets ininterrompus, ce qui s'exécute aussi vite que la mise en place du bouton, avec un peu d'habitude.

En chirurgie intestinale, à signaler la taille de l'intestin faite avec bonheur en plusieurs circonstances pour vider l'intestin, soit par l'iléon, soit par le cœcum. La perforation est ensuite suturée. Dans une observation, le sujet, une femme de 45 ans, subit heureusement *trois laparotomies successives* pour un cancer du côlon transverse impossible à extirper. L'obstruction récidivant sans cesse, le cœcum fut abouché latéralement à l'S iliaque et l'opérée se rétablit. Cette *anastomose cœco-iliaque* n'a pas été souvent utilisée.

L'innocuité de ces abouchements intestinaux est dès à présent bien établie.

A. Benoit.

Traitement chirurgical des perforations intestinales dans la fièvre typhoïde, par H. Bichat (*Revue Médicale de l'Est*, 1904, n° 14). — On se demande encore aujourd'hui s'il est opportun de traiter ainsi la perforation typhoïdique dans des états très graves. Un seul travail récent, de Cazin, réunit 358 observations, dont 49 seulement en France. Ces dernières se sont, il est vrai, multipliées dans la seule année 1904 d'une manière sensible. L'A. vient en citer une nouvelle, avec mort quatre jours après l'opération, ce décès étant imputable à l'*occlusion paralytique* de l'intestin, ainsi que l'autopsie permit de le vérifier. Nous aurions aimé voir l'auteur faire quelques recherches sur les moyens de combattre cette complication qui est venue, dans son propre cas, annihiler les effets favorables d'une opération bien conduite. Epiloguant sur les résultats actuels, il constate qu'il y a environ une guérison sur quatre interventions. On se fonde sur ces mauvais résultats pour combattre l'utilité de l'intervention. On ajoute que la guérison spontanée est possible, la recherche de la perforation difficile. Ces objections sont peu fondées. Tout d'abord, la péritonite reste exceptionnellement circonscrite : elle se généralise très vite et la mort survient très rapidement. La statistique des cas abandonnés à l'évolution naturelle donne 95 0/0 environ de mortalité. Il n'est pas exact, d'autre part, que la recherche de la perforation soit ardue. En partant du cœcum, c'est dans les 60 derniers centimètres d'intestin grêle qu'elle siège le plus souvent. La suture en double étage est facile. Au cas où les parois sont faibles, on a la ressource de fixer l'anse isolée du péritoine à la paroi et de drainer. Ce qu'il faut, c'est ne pas refermer l'abdomen sans avoir constaté si la perforation n'est pas *multiple*, ou s'il n'y a pas un point qui menace de se perforer aux alentours.

Des statistiques publiées jusqu'à ce jour montrent que le succès est étroitement lié à un diagnostic précoce, puisque, lorsqu'on a été assez heureux pour intervenir dans les 12 premières heures, on a obtenu 19 guérisons sur

75 cas (Hartmann). Il y a une assez grande analogie avec l'ulcère de l'estomac à ce point de vue. On est certain, en intervenant, d'arracher un certain nombre de malades à la mort. Il faut donc adopter cette règle de conduite, quand la situation n'est pas absolument désespérée. Les observations montrentque l'on trouve chez les typhiques, principalement les enfants, une vitalité inespérée, car on a pu faire supporter plusieurs laparotomies à de jeunes sujets dans l'espace d'une quinzaine.

Comme technique opératoire, nous citerons surtout la nécessité de faire de grands lavages salés de la cavité péritonéale plutôt que le simple nettoyage aux tampons, qui ne convient qu'aux cas reconnus circonscrits, et le *drainage large* de la cavité par deux contre-ouvertures dans les points déclives et la partie inférieure de l'incision médiane. Sérum artificiel pendant l'opération, qui doit être exécutée rapidement; puis injections de petites doses de caféine et d'huile camphrée. Au risque de faire une laparotomie exploratrice, dans le doute, il vaut mieux recourir à une intervention précoce qui, dès à présent, sauve plus du quart des malades.

A. Benoit.

Rétrécissements tuberculeux multiples de l'intestin grêle (*Soc. de Chir. de Lyon, Bulletin*, N° 7, 1904). — M. Bérard a dû pratiquer une entéro-anostomose chez un jeune homme atteint de tuberculose chirurgicale de l'intestin grêle, ayant amené une dénutrition rapide. Le diagnostic fut assez aisé, grâce aux alternatives de diarrhée et de constipation, aux crises de péristaltisme intestinal, aux vomissements alimentaires quotidiens, signes combinés avec un palper montrant des saillies mobiles dans l'abdomen. Le résultat fut médiocre, en ce sens que le malade a vu son amaigrissement persister. Mais les vomissements ont cessé, les douleurs se sont atténuées et tout irait mieux, s'il n'y avait une diarrhée rebelle, trahissant des lésions en évolution.

En somme, les lésions tuberculeuses hyperrophiques du petit intestin n'offrent pas autant de prise au chirurgien que les lésions similaires de la région iléo-cœcale, ce qui ne veut pas dire qu'on doive renoncer à des interventions palliatives utiles.

A. Benoit.

A propos de la résection de l'appendice (*in Journal de Med. de Bordeaux*, par G. Chavannaz, 2 octobre 1904). — Lorsqu'on opère à chaud une appendicite, il est d'un usage maintenant courant de ne pas se livrer à des recherches trop prolongées de l'appendice, adhérent aux parois limitantes du foyer. Il n'en est pas de même à froid et sa recherche comporte des manœuvres précises.

M. Chavannaz donne la préférence à l'incision de M. Jalaguier sur celle de Roux. Or, en ouvrant l'abdomen le long du bord externe du muscle droit, on tombe souvent sur plusieurs anses parallèles dans le sens vertical. L'une d'elles, précisément la plus externe, est le *côlon transverse* en état de ptose. Il n'y a qu'un moyen de se tirer de cette difficulté: mettre le malade en Trendelenburg et, après avoir relevé les rapports de cette anse externe avec le *grand épiploon*, on saura si l'on tient le côlon ascendant, qui conduit au cœcum, ou s'il faut aller chercher plus en dehors, « dans l'angle rentrant fourni par la rencontre de la fosse iliaque avec la paroi de l'abdomen ».

A. Benoit.

Deux anévrysmes poplités chez le même malade: extirpation; résultats, par M. Durand (*Bulletin de la Soc de Chir. de Lyon*, 1904. N°7). — Il survint, chez un homme, de 54 ans deux anévrysmes poplités sans aucune cause étiologique connue.

Peu de temps après, comme il ne suivait aucun traitement, douleur brusque dans le creux proplité *droit*, gonflement, quelques jours après, gangrène du pied et du tiers inférieur de la jambe, ayant tendance à augmenter. Tuméfaction de la région proplitée, battements, etc., attestant la rupture de ce côté. On était tenté de faire l'amputation de cuisse. L'A. crut bien faire en faisant d'abord l'extirpation du sac et la ligature des deux bouts de l'artère. Quelque temps après, sillon d'élimination au-dessous du genou, ce qui lui permit de faire une amputation de jambe, en conservant un point d'appui solide sur le genou. Le malade se fit alors extirper l'anévrysme *gauche*. Bien que celui-ci fut placé le plus désavantageusement possible, à la partie inférieure de la poplitée, bien que la veine ait dû être aussi liée, il n'y eut aucun accident post-opératoire, et le malade conserva sa jambe sans trouble circulatoire.

Groupant son cas avec une observation analogue de M. Pollosson, où l'anévrysme fut également traité par l'extirpation, l'A. conclut que, si le foyer demeure aseptique, cette dernière méthode est la méthode de choix. En ce qui concerne son cas d'anévrysme rompu, traité par l'amputation secondaire. l'auteur devait bien en effet traiter la cavité de rupture comme il l'a fait, mais il s'abuse lorsqu'il attribue à cette conduite la conservation du genou. Le

sillon d'élimination se forme pour ainsi dire toujours obliquement au-dessous de l'articulation. La complication plus grave de gangrène totale de la jambe et de la cuisse ne s'observe que lorsque, par des atermoiements injustifiés, on a laissé s'étendre des lésions artérielles primitivement limitées.

A. Benoit.

Traitement des anévrysmes poplités (*Soc. de ch.*, 30 novembre 1904). — M. Arron a opéré en octobre dernier un cas d'*anévrysme poplité*, chez un sujet syphilitique. La tumeur, bien limitée en haut, se perdait en bas. Douleurs atroces faisant réclamer l'intervention radicale. L'extirpation fut faite et la ligature inférieure placée à 2 centimètres au-dessous de la tibiale antérieure. Malgré cela, la guérison survint sans troubles circulatoires.

A. Benoit.

Traitement des varices par la ligature et la thrombose artificielle, par le Pr Tavel (*Corresp.-Bl. f. Schweizer Aerzte*, n° 19, 1904). — L'auteur recherche la thrombose, et fait la ligature de la saphène tout près de son entrée dans la fémorale, si les varices atteignent le genou ou la cuisse. Il passe une aiguille courbe sous la veine, chargée d'un fort fil de soie, ressort de l'autre côté et repasse le fil entre la veine et les tissus superficiels, pour ressortir par l'orifice d'entrée de l'aiguille. Ligature solide : le nœud est enfoui.

La ligature placée, on attend 2 jours, et si aucune thrombose spontanée ne s'est faite, on injecte dans la veine une solution phéniquée à 5 0/0, au moyen d'une seringue de Pravaz (1 à 3 seringues). Le lendemain, le segment où on a injecté est thrombosé. On peut attaquer plusieurs points en une séance. Au bout de 8 à 15 jours, on fait lever le malade. Si à ce moment, on voit encore des varices apparaître, on y injecte de la solution phéniquée. En général, les injections seront faites, en cours de traitement, tous les 2 à 3 trois jours : la douleur qu'elles provoquent ne dure que 2 minutes au plus.

L'auteur n'a jamais observé de complications.

En cas de phlébite, la ligature de la saphène constitue pour l'auteur le meilleur traitement : il va sans dire que la ligature devra être placée au dessus des segments malades.

E. Vogt.

Le traitement actif des phlébites (*Journal des Praticiens*, 19 novembre 1904). — Hirtz se range parmi les interventionnistes, mais il estime qu'il faut prudemment choisir l'heure de cette intervention.

Dans la phlébite goutteuse, si mobile, l'abstention rigoureuse s'impose : la phlébite syphilitique demande un traitement mercuriel intensif, la phlébite tuberculeuse comporte le traitement rationnel de la tuberculose : le massage ne vient qu'en seconde ligne. Dans la phlébite puerpérale, on peut, 6 semaines environ après le début de l'infection, commencer le massage, surtout si le membre est resté tuméfié, si les articulations de la jambe et du pied s'enraidissent et tendent à s'ankyloser.

Le massage est encore indiqué dans certaines phlébites rhumatismales, qui ne sont souvent que des périphlébites.

Le massage est enfin très utile comme moyen prophylactique dans le rhumatisme veineux. L'auteur cite un cas de mort chez une malade à circulation veineuse défectueuse, que le massage avait mis à l'abri de poussées de rhumatisme veineux, et qui fut immobilisée pendant 3 semaines à la suite d'une opération. Il se produisit une embolie mortelle qu'on eût sans doute évitée si l'on avait, pendant ces 3 semaines, fait un massage méthodique.

Si le phlébitique présente une syncope passagère, il faut cesser tout massage et garder le malade immobile : si la veine envahie est superficielle, on fera extirper chirurgicalement ce foyer d'embolies.

E. Vogt.

Traitement des varices par la marche et le massage, par M. Marchais, (*Gazette des Hôpitaux*), 29 novembre 1904. — Dans une revue où sont critiqués les traitements classiques, l'auteur arrive à conclure que l'habitude de la compression élastique ou autre déshabitue les parois veineuses de se contracter et aboutit à l'aggravation de l'affection. Donc, il faut, selon lui, rendre la contractilité aux veines dilatées : ce résultat est surtout atteint par le travail musculaire. D'où : *a*) ne plus porter de bas élastiques ou de bandes ; *b*) ne jamais rester debout et ne jamais marcher lentement.

La guérison s'obtient : *A*. Par l'*hydrothérapie froide*, qui relève le tonus musculaire. *B*. Le *massage*, moyen adjuvant, et qui ne doit porter que sur les muscles et non sur les veines (phlébolithes). *C*. Le massage est suivi de la partie la plus importante du traitement la *marche graduée*. Il faut arriver très vite à *deux heures et demie* par jour au minimum, allure rapide indispensable, pour éviter la contracture prolongée des muscles qui rend la station debout si nuisible. On fragmente en autant de fois que nécessaire, car il faut s'ar-

rêter dès que vient la fatigue. Le temps varie avec les sujets.

De vieux varqueux, en l'absence de tout soutien, en arrivent, après une cure de trois à quatre semaines, à voir disparaître leur infirmité. Le traitement est repris à l'occasion, car la diathèse demeure avec toute son influence. La cicatrisation rapide des petits ulcères a été observée également.

A. Benoit.

Appareil pulmonaire

Cœur et Vaisseaux

Dr G. Lyon

Ex-chef de clinique à la Faculté de Médecine

Le strophantus dans la pneumonie lobaire, par Arm. Ende. (*Medical Record*, 12 nov. 1904). — L'auteur préconise particulièrement l'emploi du strophantus dans la pneumonie pour soutenir le cœur, et cela dès que le diagnostic est fait. Les doses varient suivant les circonstances. Naturellement, on emploie en même temps tous les médicaments qui sont indiqués; parmi ces derniers, la strychnine est toujours utile, la nitroglycérine et l'oxygène, quelquefois; lorsque le délire survient, il faut faire respirer au malade un cylindre tout entier, toutes les fois que le pouls s'affaiblit d'une façon marquée. Dès le début l'auteur donne la teinture de strophantus par gouttes toutes les heures dans de l'acétate d'ammoniaque, cette manière d'opérer aurait pour effet de hâter la défervescence et d'abaisser plus rapidement la température. Ende prétend que tous ces cas, ont été suivis de terminaison favorable au cinquième jour.

L. Jumon.

Climat maritime et tuberculose (*Bl. f. Klin. Hydrotherapie*, novembre 1904). — Kuthy, dans la discussion toujours pendante entre les partisans des sanatoria, installés dans toutes les régions de l'Europe, et les partisans du séjour sur le littoral méditerranéen sans séjour au sanatorium, se déclare partisan d'un moyen termé. Il estime que les sanatoria situés dans les pays froids sont loin de rendre à la clientèle riche les services qu'on en attend, et que d'un autre côté le simple séjour sur les plages méditerranéennes, sans direction médicale sévère et traitement hygiénique et diététique scientifiquement compris, est un leurre.

D'octobre à avril, le tuberculeux doit se rendre, soit dans les stations alpestres, soit sur le littoral de la Méditerranée. Les catarrhes simples des sommets peuvent choisir entre ces deux séjours. S'il existe de l'anémie ou de l'excitabilité neurasthénique, c'est le bord de la mer qui est indiqué. S'il y a tendance aux entérites et aux sueurs profuses, les stations alpines sont préférables. Il en est de même quand il s'agit d'obtenir la résorption rapide de résidus d'exsudats pleurétiques suspects. Si l'organisme perd de sa résistance, s'il existe des troubles laryngés, c'est le bord de la mer qu'on choisira (Ajaccio, Nervi, dont l'air est saturé d'humidité, sont deux stations spécialement indiquées dans ce dernier cas).

Comme conclusion, l'auteur espère voir augmenter dans de larges proportions le nombre des sanatoria méditerranéens.

Il est intéressant de constater que l'opinion défendue, avec tant de vigueur par plusieurs cliniciens français (Huchard entr'autres), commence à trouver des partisans dans les pays où jusqu'ici la notion du sanatorium suffisant à guérir la tuberculose, quel que soit le climat, était passée à l'état d'axiome.

E. Vogt.

Traitement du facteur mécanique dans les maladies du cœur, par Alexandre Morison (*The Edimb. med. J.*, nov. 1904). — Le facteur mécanique dans les cardiopathies résulte directement de l'existence de la lésion d'une ou plusieurs valvules et d'un obstacle du péricarde apporté à l'action du cœur. Quelques-uns croient qu'on peut employer la digitale dans tous les cas, sans remarquer que la digitale a une action sur le myocarde et non sur les valvules. L'état de l'orifice aortique est de la première importance pour déterminer les probabilités de l'emploi heureux de la digitale. Si cet orifice est obstrué, la digitale sera plus nuisible qu'utile et contribuera à épuiser l'action du myocarde. Il vaut mieux dans ce cas s'adresser à la belladone, à la strychnine et aux nitrites. Si l'obstruction est modérée, la digitale est utile. C'est donc une question de degré pour la lésion. Pour déterminer ce point, le volume et le caractère du pouls sont les meilleurs guides. Un pouls petit, régulier avec un bruit aortique systolique et un organe hypertrophié indiquent déjà un degré dangereux de sténose et dans ces circonstances, il faut abandonner la digitale.

La digitale peut être employée par contre dans les doubles lésions aortiques lorsque le ventricule gauche vient à se dilater sous l'influence de la régurgitation et qu'il se produit

des symptômes mitraux. Dans ce cas la tension faiblit et le pouls devient irrégulier.

On admet généralement que les lésions mitrales, insuffisance et rétrécissement modérés, avec un orifice aortique normal, donnent les meilleurs résultats par l'emploi de la digitale lorsque le myocarde devient insuffisant dans ces conditions.

Mais il n'est pas rare de rencontrer des cas de rétrécissement mitral qui répondent mal à l'action de la digitale, c'est ce qui arrive généralement lorsque le dégré de sténose est assez fort pour gêner fortement l'entrée du sang dans le ventricule gauche.

Dans ces conditions, la digitale, en réduisant encore la capacité du ventricule qui n'est pas rempli, semble perdre son action et rapproche ces cas de ceux des maladies tricuspidiennes où la digitale n'agit pas aussi bien. Dans ces cas, comme dans les fortes sténoses aortiques, la belladone, la strychnine et les nitrites rendent plus de services.

Les lésions tricuspidiennes non congénitales sont rares à l'état chronique, mais il en est qui sont très prononcées. Morison fait remarquer qu'ici la digitale fait plus de mal que de bien et il est porté à croire que la raison de ce fait clinique est la même que celle qui milite contre l'usage de la digitale dans les cas de sténose mitrale très prononcée.

Quant à l'hypertrophie cardiaque qui résulte de lésions et d'adhérences péricardiques elle est très difficile à soigner et peut-être arrivera-t-on un jour à supprimer les adhérences par l'intervention chirurgicale, ce qui n'est pas encore du ressort de la médecine pratique.

L. Jumon.

Le sérum de Trunececk dans l'athérome et dans l'artériosclérose, par E. De Silvestri (*Progresso Medico*, n° 13, 1904). — Le sérum, fraichement préparé pour chaque injection à la dose nécessaire, avec de l'eau distillée et stérilisée, doit être injecté dans l'épaisseur des muscles en doses plutôt considérables. On débute par 9-10 cc. tous les jours, puis on passe à 5 cc; le traitement dure trois mois. On a toujours remarqué chez les neufs malades traités par le sérum un notable diminution de la pression (de 25 à 120 mm. de Hg) qui n'est toutefois appréciable qu'après trois semaines au moins de traitement. Les troubles sensitifs dus à l'athérome (crampes, fourmillements dépendant d'une circulation altérée, etc.), les troubles fonctionnels de l'artériosclérose (hypertension artérielle de Huchard) et de la période mitrale de la cardiosclérose (dyspnée d'effort, palpitation douloureuse, anxiété précordiale, céphalée, bourdonnements d'oreilles) sont améliorés. Le sérum réussit assez bien aussi dans les formes légères de sclérose cérébrale, il n'a pas d'effet au contraire dans les formes cérébrales graves, dans l'artériosclérose avec neurasthénie.

L'auteur a observé *in vitro* une action dissolvante du sérum de Trunececk sur le phosphate tricalcique et il pense qu'il en serait de même dans l'organisme.

A.-L. Percival.

Maladies du Larynx du Nez et des Oreilles

Dr Courtade

Ancien interne des hôpitaux.

Corps étranger métallique enclavé dans le larynx.— Thyrotomie sans trachéotomie préalable, guérison, par Gaudier (*Echo médical du Nord*, novembre 1904). — Un enfant de 5 ans, est pris de toux et de dyspnée après aspiration d'un morceau de fer blanc qu'il tenait dans la bouche. Trois jours après l'enfant était cyanosé, avait du tirage comme s'il avait été atteint de croup. M. Gaudier, après une injection de 2 cc. de solution de cocaïne à 1/100 pratique la thyrotomie et peut ainsi extraire le corps étranger, en forme de V et qui avait 1 c. de long, 8 mm. d'écart.

Des sutures des tissus prétracheaux sont faites avec du catgut et la peau réunie par des griffes de Michel. La guérison eut lieu sans incident.

Les corps étrangers des voies aérienne peuvent être enclavés entre les cordes vocales ou être mobiles dans la trachée ou encore être fixés dans une bronche. Le 1er siège donne lieu à des troubles de la voix et de la respiration; le second est indiqué par un claquement spécial très caractéristique; la toux et les troubles vocaux sont intermittents; il peut y avoir de la douleur si le corps est acéré et piquant.

Le diagnostic des corps étrangers des bronches est souvent très difficile; les commémoratifs, l'absence du corps dans le larynx, quelquefois l'auscultation qui révèle une obstruction d'une bronche, enfin la radiographie et la trachéoscopie directe permettent cependant de lever tous les doutes.

En présence d'un corps étranger enclavé entre les cordes vocales quelle voie suivre pour l'enlever? Chez l'adulte il faut toujours essayer l'extraction directe après anesthésie par la cocaïne; chez l'enfant cela est impossible à

cause de l'indocilité du sujet, de la petitesse de la gorge et du larynx; il faut recourir à la thyrotomie médiane.

M. Gaudier préfère l'anesthésie locale avec la cocaïne à l'anesthésie chloroformique. Si l'opération est rapide et l'hémostase complète avant d'ouvrir le larynx, la trachéotomie préalable est inutile; il faut excepter les cas où le malade est en état d'asphyxie et où la nécessité de donner de l'air prime toute autre considération.

A moins que le corps ne soit très enclavé, ce qui rend l'extraction difficile et capable de produire de la réaction, il est préférable, comme l'a conseillé Moure, de refermer immédiatement les voies aériennes. La suture doit prendre les tissus précartilagineux et non le cartilage lui-même qu'il faut avoir soin de ne pas trop dénuder. Si l'on craignait l'emphysème, on pourrait drainer avec un petit drain ou un faisceau de crins placés près de la suture.

Comme soins post-opératoires: repos vocal absolu, atmosphère chaude et humide, antisepsie de la gorge et du nez et même installation laryngo-trachéales huileuses par la méthode de Mendel.

A. Courtade.

Les deux indications de la trachéotomie dans la tuberculose laryngée (*La Presse médicale*, 3 décembre 1904). — Dans un premier article, Lermoyez s'occupe de la *dyspnée*, conséquence de la localisation de l'infiltration tuberculeuse des cordes vocales: la trachéotomie supprime les accidents. On a dit qu'elle donnait un coup de fouet aux lésions pulmonaires, mais, comme on se trouve en présence d'une dyspnée qui peut devenir rapidement mortelle, l'objection, si même elle était fondée, n'aurait pas grande valeur. Du reste, si une broncho-pneumonie emporte le malade dans les jours qui suivent l'intervention, la faute en est plutôt imputable à l'opérateur qu'à l'opération; ce n'est pas l'arrivée d'une trop grande quantité d'air qu'il faut incriminer, mais bien le sang tombé au fond des bronches en trop grande abondance. Il faut se garder, chez l'audulte, de choisir le procédé instantané; on découvrira la trachée plan par plan, on cocaïnera (pas de chloroforme!): on pincera et liera tout ce qui saigne. Il ne faut absolument pas laisser entrer le sang dans la plaie de la trachée. De cette façon, la broncho-pneumonie sera évitée.

E. Vogt.

Quelques considérations sur le traitement chirurgical des tumeurs des fosses nasales, par H. de Stella (*La Belgique Médicale*, octobre 1904). — Pour enlever par les voies naturelles, comme l'a préconisé Moure, les tumeurs des fosses nasales, il faut: 1° que la tumeur soit pédiculée et s'insère sur une partie accessible des fosses nasales; 2° qu'elle soit limitée et libre de toute adhérence avec les parties voisines.

C'est ce qui fait que le sarcome pur, l'épithélioma sont rarement justiciables de ce mode d'intervention.

L'auteur expose le cas d'un fibro-sarcome enlevé à l'anse chaude puis froide, par les voies naturelles.

Le procédé de Moure doit s'appliquer contre les tumeurs malignes insérées dans les parties supérieures des fosses nasales, dans le corps même de l'ethmoïde; une observation de sarcome de l'ethmoïde, enlevé par ce procédé indique la technique à suivre.

On peut encore y avoir recours lorsque la tumeur bénigne, développée dans le corps de l'ethmoïde, est trop volumineuse pour songer à l'exaction par les voies naturelles; c'est le cas d'un ostéo-fibrome très volumineux que M. de Stella a enlevé à une jeune fille de 19 ans.

Enfin, l'auteur a employé le procédé de Moure dans des cas d'ethmoïdite purulente grave, dont il donne un exemple chez une petite fille de 5 ans.

A. Courtade.

Les injections à froid de paraffine (*La Presse médicale*, 30 novembre 1904). — Bœckaert est l'inventeur d'une seringue permettant d'injecter la paraffine à froid, avec une seule main. Pour injecter, on introduit dans la seringue un petit cylindre de paraffine aseptisée, fusible à 45°, conservé dans une ampoule. Une fois l'appareil prêt, on serre la pince qui fait avancer le piston. On supprime ainsi tous les inconvénients des injections à chaud (brûlures, thrombo-phlébites, etc.). C'est surtout pour les injections sous-muqueuses, et spécialement pour la restauration des cornets atrophiés que l'emploi de cette seringue s'impose. Il n'est nul besoin de chasser l'injection avec rapidité: on évite ainsi d'exercer une trop grande pression et de dilacérer la muqueuse, ce qui arrivait souvent avec les injections à chaud.

L'opération est le plus souvent peu douloureuse.

A un rétrécissement de la fosse nasale, tel qu'on l'obtient en restaurant les cornets atrophiés, correspond une amélioration notable de tous les symptômes de l'ozène.

Pour les corrections externes et surtout pour la prothèse nasale, la manœuvre à froid ne trouve pas son application, sauf dans les cas exceptionnels, quand il s'agit de difformités

peu accentués : même dans ce cas, le modelage ne pourrait s'effectuer avec assez de facilité.

L'auteur a fait, depuis novembre 1901, des centaines de prothèses avec de la paraffine solide fusible à 50°, à chaud : il n'a jamais enregistré le moindre accident, mais il n'est pas partisan des opérations de complaisance, dont les résultats esthétiques sont plus qu'aléatoires. Si l'on veut employer ces injections à tort et à travers, on s'expose à des désastres.

E. Vogt.

Maladies vénériennes
Maladies de la Peau

Dr MOREL-LAVALLÉE

Médecin des Hôpitaux.

Emploi des injections de calomel de Scarenzio à la clinique de Breslau, par le Pr Neisser (*Allg. med. Zentralztg*, n° 26, 1904). L'auteur, après une pratique de 20 ans, estime que les injections de calomel sont indubitablement plus efficaces que celles de salicylate d'hydrargyre ou de thyomol-hydrargyre.

Il est vrai que les effets accessoires désagréables s'observent plus fréquemment avec le calomel, aussi est-il toujours bon de commencer, pour tâter la susceptibilité du malade, par les injections de salicylate d'hydrargyre, qui sont les mieux supportées : si ces injections ne provoquent ni manifestation douloureuse trop accentuée, ni infiltration trop marquée, ou passera au thymol-hydrargyre, et, en cas de bonne réussite, on finira par le calomel. On instituera de cette façon une cure de 10 à 12 injections.

Pour savoir si on a piqué une veine, le meilleur procédé consiste à se servir d'une seringue de 2 ccm. qu'on remplit à moitié du liquide à injecter : après avoir enfoncé l'aiguille, on aspire, et si du sang apparaît dans la seringue, on se trouve dans nne veine.

L'auteur injecte *sous la peau*, et non dans le muscle, il voit à cette pratique deux avantages : ou ne pique pas souvent dans une veine, et les infiltrations inévitables sont moins douloureuses.

Neisser n'a jamais observé d'abcès, il attribue ce résultat au fait que ses seringues et aiguilles sont conservées dans l'huile de vaseline. Comme véhicule pour le calomel, il choisit indifféremment l'huile de vaseline, milieu aseptique parfait, ou l'huile d'amandes douces, dans laquelle le sel insoluble se trouve dans un état de suspensisn irréprochable.

E. Vogt.

Traitement de la syphilis pendant la grossesse (*Le Bulletin médical*, 19 novembre 1904). — Le Pr Gaucher estime qu'il y a nécessité absolue de traiter la mère pendant la grossesse, si le mari est un ancien syphilitique : dans les cas de syphilis paternelle éloignée, on ne recourra pas à un traitement énergique : on se bornera à donner à la femme enceinte, pendant 15 jours par mois, des pilules qu'on lui fera accepter comme pilules toniques (formule de Dupuytren modifiée : 0 gr. 01 d'extrait thébaïque au lieu de 0 gr. 02 : comme excipient, prendre un mélange de poudre de savon et glycérine).

En cas de syphilis maternelle, l'auteur préfère les injections et parmi celles-ci les injections solubles, car la femme enceinte est exposée à des accidents albuminuriques qui peuvent avoir des inconvénients pour l'élimination du mercure : la quantité de mercure introduite par chaque injection soluble dans l'organisme peut être facilement éliminée, et l'on peut cesser ou diminuer le traitement, si l'albuminurie apparaît : avec les injections insolubles, il y aura toujours dans l'organisme une quantité de mercure qui peut influencer le rein.

Parmi les sels solubles, il faut préférer le benzoate de mercure, plus facile à manier et moins douloureux, à condition de recommander au pharmacien de préparer le médicament extemporanément, en traitant l'oxyde jaune de mercure en solution acide par le benzoate de soude : le sel doit être lavé pendant plus de 8 jours pour être bien pur. A la solution de benzoate au centième, on ajoutera 1 gr. 20 à 1 gr. 25 de chlorure de sodium. Cette solution n'est presque pas douloureuse. Sur deux mois, on injecte pendant un mois ; pendant le deuxième mois, on donne les pilules ci-dessus, pendant 15 jours (2 par jour).

Après 15 jours de repos, on reprend les injections.

Grâce à ce traitement, qu'on peut instituer du reste par quinzaine ou par huitaine, et qu'on continue pendant toute la grossesse, on peut obtenir des enfants nés à terme et de poids normal.

E. Vogt.

Traitement de l'impétigo, par le Dr Patoir (*La Pédiâtrie pratique*, 15 octobre 1904). — Sous l'influence de travaux faits surtout en France l'impétigo tend à être considéré comme une dermatose *sui generis*, tant au point de vue cli-

nique qu'au point de vue batériologique et anatomo-pathologique.

Dans la période aiguë, vésiculeuse, le traitement émollient peut être insuffisant pour arrêter l'extension et il faudra laver et faire des applications avec l'eau d'Alibour au tiers, l'acide picrique à 1/200, à condition de surveiller les applications. Mais l'auteur préférerait recourir au pansement humide et aseptique, qui met un peu plus de temps à éteindre la poussée d'impetigo, mais est plus maniable pour tous.

Dans la période croûteuse, après avoir fait tomber les croûtes par des pulvérisations, cataplasmes d'amidon, huile d'amandes douces ou vaseline, on applique une pâte anodine.

Biborate de soude.. 1 ou 2 grammes

Oxyde de zinc.... } ãã 20 —
Talc..... } ãã 20 —
Lanoline..... } ãã 20 —

F. S. A. — Une pâte sans aucun grain.

Si les croûtes continuent à s'étendre, laver soigneusement le fond de l'érosion avec de l'eau boriquée ou une solution de sublimé à 1 : 5.000. Employer ensuite des pommades boriquées à 1/15, les pâtes à l'acide salicylique et à la résorcine. On peut employer également les pommades au calomel, au dermatol, à l'aristol, etc. Si l'écoulement n'est pas excessif, on emploiera des emplâtres adhésifs aux mêmes médicaments. Dans le cas tout à fait rebelles il faudra toucher les érosions à la teinture d'iode, au nitrate d'argent à 1/10 ou le lotionner cinq ou six fois par jour avec l'eau d'Alibour au tiers. On a employé aussi des pommades au précipité jaune à 1/20 et même à 1/15, au naphtol, à l'acétate de plomb, on a encore fait des badigeonnages avec le glycérolé cadique à 1/10 ou avec l'huile de cade pure.

Certaines régions peuvent être sujettes à l'impétigo chronique. On appliquera alors la teinture d'iode, le nitrate d'argent, l'huile de cade pure ou en pommade, ou enfin l'emplâtre rouge de Vidal.

Dans le cas d'impétigo parasitaire, traiter d'abord la phtiriase, la gale. Toutefois, chez les enfants, la frotte a des inconvénients et il vaut mieux ajouter les substances antiscabieuses, comme le baume du Pérou aux formules qui servent contre l'impétigo. Lorsqu'on a affaire à un eczéma impetiginisé, il faut faire disparaître l'impetigo, après quoi on traite l'eczéma.

Les prurigos, les lichens peuvent s'impétiginiser, dans ce cas le pansement humide peut devenir impraticable, il faudra recourir aux bains contenant de 1 à 7 gr. de sulfate de zinc par litre.

Le traitement général ne semble pas utile chez un enfant atteint d'impétigo aigu, mais antérieurement sain. Il n'en est plus de même chez les enfants qui ont déjà souffert d'impétigo et qui présentent un état strumeux. On conseillera alors l'huile de foie de morue, le sirop antiscorbutique iodé ou non, l'arsenic, l'iodure de fer en pilules ou en sirop. L'acide phosphorique et les phosphates sont indiqués lorsque l'urine présente un déficit en phosphates. On recommandera la vie au grand air, à la mer, les exercices physiques.

L'impétigo, étant inoculable et contagieux, doit être l'objet d'une prophylaxie : pansements occlusifs, désinfection des linges, objets de toilette, isolement en cas d'épidémie.

L. Jumon.

Traitement du prurit, par Ménage. (*New-Orleans, Med. and surg. J.*, novembre 1904). Pour traiter le prurit avec succès, il faut en reconnaître les causes et les supprimer, si possible; la première chose à faire quand un un malade se plaint de prurit généralisé est d'exclure toutes les irritations parasitaires. Dans ce cas, neuf fois sur dix il s'agit des poux ou de la gale.

La cause la plus commune ensuite est l'urticaire; si la lésion caractéristique n'existe pas au moment de l'examen, on peut souvent la provoquer par des frictions de la peau. Après avoir éliminé ces causes, il faut chercher ensuite les troubles du foie, de l'appareil digestif et des reins. L'urine sera analysée au point de vue de la présence de la bile, de l'albumine, du sucre et de l'excès d'acide urique. Si le sujet est âgé et qu'on ait exclu toutes les causes du prurit, on admettra un prurit sénile.

Dans les prurits localisés, il faut rechercher toutes les causes locales d'irritation. Une fois toutes les causes écartées, un grand progrès est fait au point de vue thérapeutique, de sorte qu'il ne reste plus qu'à examiner la médication antiprurigineuse.

Parmi les médicaments internes, celui qui a donné le plus de résultats, d'après l'auteur, est la cannabis indica, qu'on emploie sous forme de teinture, à doses de cinq gouttes trois fois par jour, dans un peu d'eau après le repas, en augmentant jusqu'à 20 ou 30 gouttes. Dans le même sens, les préparations de camphre, le monobromure surtout, de valériane, musc et castoreum données seules ou associées sous forme de pilules donnent de bons résultats.

Les injections de valérianate d'atropine, données prudemment à la dose de 0 gr. 0003,

apportent souvent un soulagement dans les cas rebelles pendant un temps considérable.

Le guaco a été récemment employé localement et à l'intérieur. A l'intérieur on a donné des pilules d'extrait aqueux de guaco et de bicarbonate de soude. Le médicament est indiqué lorsque la peau a la tendance à l'eczéma ou est enflammée ou irritée. L'arsenic, très vanté, agit comme altérant et tonique général. 0 gr. 30 de chlorétone toutes les trois heures donnent souvent au malade une bonne nuit et soutiennent l'effet antiprurigineux des applications locales.

L'acide phénique trouve sa place ici ; on le donne en pilules avec de l'extrait de valériane et de la magnésie calcinée.

Dans le prurit sénile, Du Castel a obtenu d'excellents résultats de 1 ou 2 grammes d'acide lactique par jour.

Les médicaments préconisés en applications locales sont extrêmement nombreux. L'auteur les divise en deux groupes d'après leur forme : les lotions et les pommades ou applications excluant l'air. Butte a recommandé le guaco :

Guaco.....	30	grammes
Bicarbonate de soude...	5	—
Eau.....	1.000	—

mélanger et faire bouillir durant 15 minutes, laisser macérer pendant une heure et filtrer. Le liquide est appliqué chaud sous forme de lotions ou de compresses.

D'autres médicaments sont employés : acide phénique en solution de 2 à 10 0/00, tuménol 5 à 10 0/0, lotions d'acide salicylique dans l'alcool ou éther, application d'hydrate de chloral dans la glycérine.

On a employé avec succès l'infusion de tabac, 4 grandes feuilles pour un litre d'eau, en lotions si la peau n'est pas crevassée. Les bains doivent durer au moins vingt minutes, on peut les prolonger plusieurs heures ; on les donne émollients, alcalins ou acides. Ces derniers composés d'acide chlorhydrique ou nitrique ne doivent pas être prescrits s'il existe des excoriations de la peau.

Si le prurit est localisé, on emploiera des applications d'acide phénique, menthol, camphre et chloral, substances dont l'association donne un liquide huileux. Appliqué pur, ce mélange reproduit que peu d'irritation, mais il ne faut pas le diluer avec de l'éther, de l'huile ou de l'alcool.

Les cautérisations au rouge et les scarifications sont nécessaires dans les cas très rebelles et donnent de bons résultats.

Contre le prurit vulvaire on a recommandé les pplications de gaïacol à 10 0/0 dans la vasogène ; la vératrine a été prescrite dans le prurit localisé et climatérique en applications locales et à l'intérieur. Enfin on aura recours à l'électricité sous les diverses formes.

L. Jumon.

Traitement des furoncles communs, par Hunter (*Medical Age*, 25 octobre 1904). — La méthode non opératoire qui a peut-être donné les résultats les plus favorables répond aux indications suivantes : traitement calmant et protection de l'aire enflammée, exclusion de l'air et antisepsie. On les remplit en prenant une couche de coton absorbant plus large que l'aire enflammée et on y étend une certaine quantité de pommade ainsi composée :

Acide phénique. . . .	0 gr, 30 à 0 gr. 60
Extrait fluide d'ergot.	4 à 8 grammes.
Poudre d'amidon . . .	8 grammes.
Oxyde de zinc	8 —
Vaseline	32 —

S'il se produit un écoulement de pus, on nettoie la surface et on renouvelle l'application. Souvent le furoncle avorte et retrocède sans suppuration, dans d'autres cas l'ouverture se fait assez vite.

On peut encore si ce furoncle est ouvert, appliquer un petit tampon de coton phéniqué au centre même de la lésion. L'aire malade est lavée avec de l'alcool, puis on applique au centre de la poudre d'aristol et par-dessus du coton absorbant maintenu en place par des bandes de sparadrap. Ce pansement est renouvelé tous les jours. Dans aucun cas on ne doit presser le furoncle.

Les anciens cataplasmes doivent être proscrits, s'ils sont antiphlogistiques, ils contribuent d'autre part à la production de nouveaux furoncles. Cependant si la douleur est intolérable. on appliquera des compresses en plusieurs doubles de gaze au sublimé ou à l'acide phénique que l'on recouvrira de gutta-perca ou d'un tissu imperméable.

Un traitement populaire consiste à badigeonner la surface du furoncle avec de l'acide phénique, de la teinture d'iode, teinture de camphre ou tout autre antiseptique ; ce traitement réussit comme abortif quand il est institué assez tôt, mais il ne doit pas être recommandé plus tard. On a retiré encore de bons résultats des applications d'une solution de chloral. Mais l'auteur recommande surtout une large incision du furoncle dans lequel on introduit une boule de coton bien phéniqué qu'on pousse dans toutes les directions, puis on panse avec du coton absorbant. L'opération peut être faite sans anesthésie locale, car l'acide phénique agit en quelques secondes comme anesthésique.

Si l'on arrive avant l'ouverture spontanée du furoncle, on peut se contenter d'y injecter au centre des tissus enflammés, quelques gouttes d'une solution d'acide phénique; mais pour que cette méthode réussisse pleinement, il faut intervenir avant la suppuration.

Le traitement général varie suivant l'état anormal du terrain qui favorise le furonculose. Il tendra à améliorer l'état général chez les sujets affaiblis. Il est à recommander de donner de la levure de bière dans les cas persistants.

Le colchique est indiqué chez les goutteux. Cette médication interne n'est pas curative par elle même, elle ne constitue qu'un adjuvant, le traitement du furoncle étant d'abord essentiellement chirurgical.

L. Jumon.

Le traitement des nævi circonscrits, par Variot (*Journal des praticiens*, 19 novembre 1904).. — L'auteur recommande dans ces cas le piquage avec un faisceau d'aiguilles, suivi d'un badigeonnage avec une solution concentrée de tannin; ceci fait, on passe un crayon de nitrate d'argent et on saupoudre de tannin.

Il se forme une escharre qui tombe peu à peu, laissant derrière elle une cicatrice rougeâtre, bientôt remplacée par une tache blanche peu apparente.

E. Vogt.

Mes observations sur la photothérapie, par J. Rosenberg (*Medical Record*, 22 octobre 1904). — L'auteur a traité un très grand nombre de cas d'affections très variées avec les résultats les plus satisfaisants; il pense que les rayons bleus, violets et ultra-violets agissent d'une façon presque spécifique contre la douleur. Voici ses conclusions :

Les rayons ultra-violets obtenus par l'arc voltaïque charbon et fer avec un ampérage élevé constituent un remède spécifique dans les douleurs musculaires aiguës, comme le lumbago, le torticolis et la pleurodynie. Dans les cas de névrite aiguë et chronique, ces rayons calment la douleur et le plus souvent surtout dans les formes aiguës procurent la guérison. Le pouvoir bactéricide des rayons chimiques peut être facilement démontré dans les états inflammatoires de la peau d'origine parasitaire. Dans l'acné et la furonculose, l'effet thérapeutique est rapide et certain. Dans l'arthrite rhumatismale, les résultats n'ont pas été encourageants, bien que les auteurs allemands aient publié des résultats favorables, ce qui peut tenir au petit nombre de cas traités. Dans la pleurésie aiguë et chronique ainsi que dans la bronchite, l'application des rayons ultra-violets est certainement avantageuse. Peut-être ces rayons pourraient-ils être utiles dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Les résultats ont été encourageants et justifient d'autres essais dans la péritonite gonococcique et dans l'inflammation catarrhale de la partie postérieure de l'urèthre. Les rayons ultra-violets pourraient encore être utiles dans les arthrites blennorrhagiques et tuberculeuses, ainsi que dans les douleurs accompagnant l'ataxie locomotrice.

L. Jumon.

Maladies des Voies urinaires

Dr CHEVALIER

Chirurgien des hôpitaux

Ancien Chef de clinique de la Faculté.

Traitement de la blennorrhagie (*Monatsh. f. prakt. Dermatologie*, n° 10, 1904). — Posner, estimant que l'action curatrice du nitrate d'argent dans la blennorrhagie doit être attribuée à la libération de l'acide nitrique de sa combinaison argyrique, injecte de préférence cet acide en solution à 1 : 400 dès le premier jour de traitement. On commence par 3 injections, on continue par 5 par jour, puis quand la sécrétion devient muqueuse, on augmente la concentration du liquide injecté pour arriver à 1 : 200. Dès que les gonocoques ont disparu dans la sécrétion, l'auteur passe aux injections astringentes et recommande plus spécialement la solution suivante :

Crurine.....	1 à 2 grammes
Glycérine.....	àà 5 à 10 —

Mêlez et ajouter peu à peu :

Eau distillée ad.	200 grammes

Us. Ext. Faire 3 injections par jour.

Cette solution est trouble et laisse déposer dans le canal une masse blanchâtre qui se mélange à la sécrétion uréthrale; celle-ci semble en conséquence augmenter sous l'influence des injections.

Comme injection prophylactique après le coït l'auteur recommande de même la solution d'acide nitrique (1 à 2 0/0).

E. Chevalier.

Les complications latentes de la blennorrhagie, par Muir (*Le Bulletin médical*, 30 novembre 1904). — Il arrive souvent, quand on traite la blennorragie par les grands lavages, que l'écoulement reparaît dès que les lavages on

ont été supprimés ; l'urèthre sera guéri, mais non les acini glandulaires. Si un examen microscopique donne à ce moment des résultats négatifs, ce qui peut arriver, on attribue le suintement à l'irritation due au traitement prolongé. Les complications latentes de ce genre constituent cependant une menace de complications locales aiguës pour les organes du sexe adverse, et leur évolution naturelle voue les organes atteints à des lésions destructives progressives. On voit dans ces cas des rétrécissements survenir chez des sujets qui se sont crus parfaitement guéris de leur blennorragie, des prostatites chroniques se décelant longtemps après la contagion, etc.

Il faut donc, au déclin de la blennorragie, dépister l'infection dans les glandes annexées à l'urèthre, même s'il n'y a pas de complication aiguë. On réveillera la pullulation par diverses excitations : explorations, instillations, excès de bière. Mais ces moyens sont souvent insuffisants quand les gonocoques sont localisés dans des acini éloignés de l'urèthre, par exemple. Dans ces cas, les cultures seules peuvent éclairer le diagnostic et diriger l'opinion du praticien au point de vue du pronostic et du traitement ultérieur.

E. Chevalier.

Traitement de l'hypospadias balano-pénien, par le Dr Coville (d'Orléans) (*Annales Médico-chirurgicales du Centre*, 11 septembre 1904. — L'A rappelle toutes les difficultés qui entourent la cure radicale de l'hypospadias par la méthode à lambeaux. Aussi a-t-il donné la préférence à celle de Von Hacker, dans un cas, du moins, où elle était applicable, d'*hypospadias balano-pénien*. On sait en effet qu'une certaine longueur de canal uréthral est nécessaire, pour pouvoir accomplir la transplantation à l'extrémité du gland, après avoir mis à jour l'urèthre par une incision inférieure et l'avoir disséqué sur une hauteur suffisante. Voici son cas : enfant de 13 ans, verge rectiligne ; prépuce surtout dorsal, frein manquant. Au dessous de son attache normale, petit orifice, suffisant pour la miction et qui n'est autre que le méat hypospade. Sur le dos du gland, une gouttière profonde remplaçant le canal malformé.

Incision du méat vers le bas, avec un coup de ciseaux. Ayant ainsi passé une sonde n° 12, circoncision de l'orifice par une incision elliptique composant une petite bordure cutanée. La sonde servant de guide, l'incision est prolongée sur la face inférieure de la verge jusqu'au voisinage de sa racine. Puis dissection à droite et à gauche des lambeaux ; le canal se trouve alors séparé ; ce temps de l'opération est moins laborieux qu'on ne pourrait croire, en suivant bien le plan celluleux. Cette dissection fut poussée jusqu'à 2 centimètres au moins, pour parer à 1 centimètre d'urèthre manquant en avant.

Un bistouri étroit fut alors enfoncé au sommet du gland pour ressortir au point où se trouvait le méat hypospade. Dans ce temps, le tranchant était tourné en haut, afin de ménager le pont cutané inférieur au nouveau méat. Quatre fils furent passés aux points cardinaux de la collerette cutanée placée à l'extrémité de l'urèthe. Le canal fut, en tirant sur eux, introduit à travers ce tunnel creusé dans la substance du gland. Ces fils furent passés dans la peau du gland qui fut ainsi affrontée avec la collerette cutanée. A leur tour, les lambeaux cutanés furent suturés sur la ligne médiane et les plaies enduites de vaseline au peroxyde de zinc; compresse stérilisée, ouate et bandage en T. Dans la suite, il y eut un peu de gonflement du prépuce, quelques heures de rétention, puis l'enfant urina seul. Ce procédé supprime la sonde à demeure, cause de tous les échecs. Seule, la traction exercée sur le gland par l'élasticité du canal uréthral, ombilique le gland et invagine la collerette cutanée en dedans. Il eût été facile d'éviter cette imperfection, et pour cela, l'auteur donne le conseil de disséquer plus haut qu'il ne l'a fait le canal uréthral. Guérison en quinze jours sans suppuration, ni suintement. Dès le premier jour, l'enfant a uriné sans douleur. La méthode de von Hacker contre l'hypospadias balano-pénien réalise donc un très important progrès.

A. Benoit.

Néphropexie dans un cas de ptose rénale chez une entéroptotique, par Mongour (*Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux*, 18 nov. 1904, *in Journ. de Méd. de Bordeaux*, 20 nov. 1904). — L'auteur présente une malade âgée de trente-sept ans et atteinte, depuis l'âge de dix-huit ans, de troubles physiques et fonctionnels liés à une entéroptose avec constipation chronique.

Il y a trois ans, M. Mongour constata, en outre, l'existence d'une ptose rénale droite dont il ne peut préciser le début. Tous les traitements médicaux rationnels échouèrent. Cette malade, désespérée, se fit opérer en février 1904 par le Dr Friepp (de Londres), qui pratiqua la fixation du rein ptosé. Les premiers résultats de cette intervention furent nuls.

En juin seulement l'amélioration survint : elle concorda avec l'administration de purgatifs qui eurent enfin raison de la constipation opiniâtre.

C'est à ce traitement médical qu'il faut attribuer l'amélioration survenue, car, six mois après l'intervention, le rein droit est redevenu rein mobile, comme auparavant. La néphropexie dans la ptose rénale compliquant l'entéroptose ne doit être entreprise que tout à fait exceptionnellement et après l'échec absolu de toute thérapeutique médicale.

M. Sellier. L'observation est très intéressante au point de vue thérapeutique, et M. Sellier rapporte trois observations à peu près analogues. Dans un cas, la malade fut opérée deux fois et le rein était mobile. Ces faits ne sont pas surprenants puisqu'on supprime non la cause de la ptose, mais l'effet.

M. Oraison. La décortication partielle du rein permet d'obtenir une fixation plus stable.

M. Denucé croit que l'allongement du ligament néphrocolique doit entrer en ligne de compte dans l'explication des douleurs occasionnées par le rein mobile.

A. Blondel.

Le traitement de la néphrite par la cure de dechloruration, par A. Javal (*Concours pour le prix Desportes. Académie de médecine*, 22 novembre 1904). — L'auteur, à la suite d'une étude approfondie, basée sur de nombreuses observations, conclut de la façon suivante : le sel est pour les brightiques, un aliment dangereux dont il y a lieu de limiter l'ingestion. Le régime lacté doit en très grande partie ses bons effets à sa pauvreté en chlorure. Il est facile de faire la démonstration de ce fait en ajoutant du chlorure de sodium au lait; il devient alors nocif.

L'effet de certains diurétiques, comme la théobromine et ses dérivés, est très renforcé par le régime hypochloruré. Ce dernier régime exerce une action préventive, et la cure de déchloruration produit une action curative sur les crises d'œdème et les poussées d'albuminurie qui surviennent au cours des néphrites.

E. Vogt.

Gynécologie et Obstétrique.

Dr R. Blondel,

Chef de laboratoire

à la Maternité de la Charité.

L'opération d'Alexander modifiée, par Barth (*Monats. fur Geb. and Gyn.*, 1904, t. XIX, p. 88.) — Dans ce court mémoire, M. Barth, professeur de gynécologie à Danzig, se montre partisan enthousiaste de l'opération d'Alquié-Alexander; il ne conçoit pas qu'on puisse, aujourd'hui, hésiter entre cette méthode et la ventrofixation ou l'hystéropexie vaginale. A ses yeux, le grand mérite de l'Alexander, c'est qu'il respecte les rapports physiologiques des organes pelviens entre eux, et ne crée aucune adhérence anormale entre la matrice et la paroi abdominale ; d'où absence de troubles pendant l'évolution des grossesses ultérieures, ce qui, on ne le sait que trop, n'est pas le cas chez les femmes qui ont subi l'hystéropexie basse ou haute.

On a reproché à l'Alexander d'être une opération aveugle, en ce sens qu'elle ne permet pas l'exploration des annexes, ni la vérification *de visu* de la correction de la déviation. Ce reproche n'est nullement fondé, affirme l'auteur, et la difficulté peut être tournée; il suffirait d'attirer dans la plaie et d'ouvrir le repli séreux qui accompagne le ligament rond; on obtient ainsi une boutonnière suffisante pour glisser deux doigts dans la cavité pelvienne et examiner les annexes. La séreuse est ensuite fermée par un surjet de catgut.

Pour obtenir une fixation à l'épreuve de la récidive, M. Barth a adopté une conduite analogue à celle de Casati et de Flaischlent. Au lieu d'inciser la peau parallèlement à l'arcade crurale, il fait une incision semi lunaire sus-pubienne et transversale, à concavité supérieure, et dont les deux extrémités correspondent à la partie moyenne des canaux inguinaux ; les deux ligaments, soigneusement dénudés, sont solidement croisés au devant des muscles droits et fixés en ce point avec du catgut.

Voici la statistique générale de l'auteur. Il a pratiqué 36 fois l'Alexander contre la rétroflexion. Dans 18 de ces cas, il a eu recours à la technique de Kocher qui lui a donné 2 récidives sur 10 opérées revues. Dans les 18 autres cas il a employé sa méthode et n'a pas enregistré de récidives sur 7 opérées qu'il a pu examiner à nouveau.

Dans 20 cas de prolapsus utéro-vaginal, il a pratiqué l'Alexander associé à la colpopérinéorrhaphie. Dans 10 cas, il a employé le Kocher : 1 récidive sur 40 opérées revues; dans 29 cas, il a eu recours à sa technique personnelle : 1 récidive sur 6 opérées revues. Sur cet ensemble de 65 cas, l'auteur note 17 opérées devenues enceintes et 3 accouchements normaux.

R. Blondel.

Indications opératoires des tumeurs fibreuses, par Roux (*Revue méd. de la Suisse Romande* 20 septembre 1904). — L'auteur est d'accord en général avec M. Muret, cependant il admet encore la castration qui est souvent suivie de la

disparition des hémorragies et d'une diminution de volume des fibromes. Il faut extirper non seulement les ovaires, mais aussi les trompes et une bonne partie du ligament large. L'auteur a souvent été consulté par des malades arrivées à la période d'anémie extrême. Il faut faire comprendre aux femmes atteintes de myomes qu'elles ne doivent pas attendre, pour solliciter une intervention, d'être atteintes d'affections cardiaques : cœur gras et cœur brun.

Avant d'opérer des malades qui ont beaucoup saigné il faut les fortifier préalablement. A propos de la myomectomie, il cite l'observation d'une femme qui subit une myomectomie pendant la grossesse sans que celle-ci fut interrompue. Chez une autre malade, également enceinte, la grossesse suivit son cours normal malgré une castration. S'il y a une seule tumeur, M. Roux fait la myomectomie. Il a peu de confiance dans la ligature atrophiante : il se forme plus tard des voies de communication par la circulation collatérale. Les troubles cardiaques qui accompagnent la présence des myomes se classent en deux catégories : la première constitue le cœur brun, décrit en premier lieu par les anatomo-pathologistes. La seconde est le cœur gras, provenant des hémorragies, c'est-à-dire d'une altération dans la composition du sang. Le fibro-myome agit sur le cœur presque de la même façon que le goitre : le cœur bat faux, trop de sang s'échappe dans les tumeurs. En ce qui concerne la castration, les troubles de la ménopause artificielle disparaissent au bout de six à douze mois après la castration. Il faut opérer en général longtemps avant la ménopause physiologique. L'auteur emploie rarement la castration pour des tumeurs volumineuses : cependant il lui donnerait la préférence pour ne pas recourir à une opération plus grave et quand on ne peut intervenir autrement à cause de l'état du cœur.

R. Blondel.

Causes et traitement des déplacements utérins, par J. Brown (*Boston med. and surg.*, 11 octobre 1904). — Voici la classification adoptée par l'auteur pour les rétrodéviations : vierges, congénitales, puériles, dans lesquelles la réplétion de la vessie et la brièveté de la paroi antérieure sont les principaux facteurs; atrophie sénile, surdistension de la vessie, constipation habituelle, masturbation, maladies constitutionnelles, anémie et chlorose. Femmes ayant eu des enfants : métrite puerpérale et subinvolution, lacération ou distension du fascia pelvien, salpingite, grossesse, compression par les vêtements, traumatisme, néoplasmes, impuissance chez le mari, rate flottante. L'antéflexion accompagne le non développement de l'utérus dû au surmenage ou à la machine à coudre et au raccourcissement des ligaments utéro-sacrés. La rétroposition fixe avec antéflexion peut succéder au travail et à l'avortement avec adhérences postérieures. Le traitement non chirurgical de ces états doit dépendre des symptômes, de la durée du déplacement et des complications qui existent. L'utérus doit d'abord être remis en place, puis maintenu par un pessaire ou des tampons : on doit employer des toniques généraux et des douches vaginales chaudes en position genu-pectorale tous les jours. Lorsque les ligaments utéro-sacrés ne sont pas rétractés depuis longtemps, l'auteur recommande l'opération de Goelet consistant à fixer la surface postérieure du col à la face postérieure du cul-de-sac de Douglas. L'auteur n'est guère partisan de l'opération d'Alexander. Pour l'antéflexion due au relâchement musculaire, il recommande l'électricité, les injections chaudes stimulantes et les toniques. Si l'opération est nécessaire, il se sert de l'opération de Dudley. S'il y a des adhérences, il incise le cul-de-sac postérieur, détruit les adhérences et tamponne le cul-de-sac. Le prolapsus complet résulte du déplacement en bas avec relâchement des ligaments utéro-sacrés, combiné à une subinvolution de l'utérus et un relâchement du vagin. L'auteur croit que la ventrofixation et la fixation du ligament rond ne sont pas des méthodes rationnelles. On doit insister sur le repos au lit; on peut alors restaurer le col ou pratiquer la colporrhaphie postérieure.

R. Blondel.

Les dysménorrhées liées aux vices de l'ovulation et leur traitement, par Dalché (*Journal de méd. interne*, 1904, n° 12). — Dans cette leçon clinique, le professeur envisage la dysménorrhée liée à la péri-ovarite, à la présence des corps rouges dans l'ovaire, à la disposition vicieuse du pavillon par rapport à la trompe, ce qui donne lieu à une hématocèle minuscule ou hématocèle cabaméniale des vierges. L'hyperhémie ovarienne primitive, puis les hyperhémies secondaires causées par la constipation, des troubles dyspeptiques, des ptoses viscérales, des maladies diverses, sont des causes qui en affectant plus ou moins directement l'ovaire déterminent la dysménorrhée. Le diagnostic étiologique offre une grande importance pour le traitement. On se rappellera enfin l'existence des dysménorrhées intermenstruelles dues soit à une lésion tubo-ovarienne, soit à un molimen imparfait.

Au point de vue du traitement, il n'est question que de la dysménorrhée des vierges liée aux vices de l'ovulation. Il faudra d'abord combattre la cause suivant les cas, la constipation, les affections du foie, le brigthisme, le névrosisme, etc., toutes les maladies susceptibles de se compliquer de troubles du côté de l'ovaire. Veillez ensuite aux précautions hygiéniques concernant le costume, les fatigues intellectuelles, les études exagérées du piano, nuisibles par la station prolongée assise.

Pendant la crise, appliquer sur le ventre des serviettes chaudes, cataplasmes laudanisés, embrocations calmantes d'huile de jusquiame ou de camomille camphrée, suppositoire morphiné ou belladoné, lavements d'un gramme d'antipyrine avec dix gouttes de laudanum, pris le matin. S'abstenir surtout d'applications glacées. S'il existe des symptômes nasaux, coryza épistaxis, calmer les douleurs des règles en touchant la muqueuse pituitaire avec une solution de morphine et cocaïne. Si le sang vient en quantité normale, donner de l'antipyrine, du pyramidon (0 gr. 30 le matin), de la phénacétine, du bromure de potassium ou encore employer l'apiol, le piscidia et le viburnum associés. Pendant la période intermenstruelle, M. Dalché donne le cannabis indica, le senecio vulgaris, les bains sédatifs, alcalins et gélatinés. Si le sang vient en trop grande abondance, donner l'hydrastis, l'hamamelis, les bains calmants. Si le sang ne vient pas ou insuffisamment, s'il s'agit d'une chlorotique, recourir en outre à l'opothérapie ovarienne, à l'hydrothérapie froide, massage, gymnastique. Comme stations hydrominérales, Néris, Luxeuil, Saint-Honoré, Plombières.

R. Blondel.

Les indications de la saignée dans l'éclampsie, par Macé. (*Journal des Praticiens*, 25 octobre 1904). — L'auteur recommande la saignée systématique, quels que soient les symptômes observés : elle sera de 800 grammes au moins, et on la renouvellera dans la même journée si la quantité de sang enlevée a été inférieure à 700 grammes par suite de circonstances indépendantes de l'opérateur.

A la suite de ces interventions, les accès diminuent ordinairement de fréquence; dans certains cas heureux, ils disparaissent même complètement si l'on a eu le temps, par des méthodes associées, d'aider à l'élimination des poisons par les voies naturelles. L'abaissement de la pression sanguine retarde ou diminue tous les symptômes de vultuosité, de congestion cérébrale, pulmonaire ou rénale. Mais, comme la masse du sang se refait en quelques heures après une saignée, les complications réapparaissent bientôt. Cette réfection se fait toutefois aux dépens du sérum infiltrant les mailles du tissu cellulaire, ce qui est un avantage, car l'œdème des centres nerveux diminuera de ce chef: l'indication du renouvellement de l'émission sanguine, dès que la pression artérielle est de nouveau élevée, se comprend aisément dans ces conditions. Mieux vaut avoir peu de sang dans les vaisseaux que d'en avoir beaucoup et du mauvais.

E. Vogt.

Pédiâtrie

Dr E. THIERCELIN

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine.

Sur le traitement de la coqueluche, par R. Millon (*Revue internat. de méd. et de chir.*, 25 nov. 1904). — L'auteur s'élève d'abord contre deux habitudes qu'il a rencontrées dans la pratique, un scepticisme thérapeutique assez général à l'égard de la coqueluche et une prescription souvent routinière de la cure d'air. En ce qui concerne ce dernier point, le repos à la chambre s'impose tant que les quintes sont dans leur phase d'augmentation progressive et journalière. Les sorties sont autorisées suivant le temps et la saison lorsque les râles ont disparu de la poitrine. C'est quand les quintes commencent à diminuer qu'il faut recommander le grand air, les promenades et le changement de pays.

Vient ensuite le traitement médicamenteux ; l'auteur a abandonné la belladone, car il est nécessaire de la donner suivant les préceptes de Trousseau à doses fortes et massives, presque à doses toxiques. Il se sert volontiers du bromoforme suivant la formule de Marfan, à la dose de quatre gouttes par jour, mais en le réservant pour les cas particulièrement spasmodiques.

L'auteur s'est encore servi de l'ozone suivant le procédé de Delherm avec certains résultats.

Dans les cas ordinaires, il s'est arrêté à une formule dans laquelle il associe le bromure, l'antipyrine et la codéine :

Bromure de potassium.	2	grammes.
Antipyrine.....	1	—
Sirop de codéine.....	20	—
Sirop de Tolu.....	Q. s. p. 125 cc.	

Potion que l'on donne par cuillerées à café et qui devra faire quatre jours. Une fois la sensibilité de l'enfant éprouvée, on augmente sui-

vant l'effet produit. Cette potion sans avoir un effet très rapide, agit cependant très suffisamment dans les jours qui suivent son application.

Pour les enfants au-dessous d'un an, l'auteur supprime par prudence la codéine et ne donne souvent que l'antipyrine.

En dehors des agents médicamenteux, chimiques et physiques, le procédé mécanique de Nœgeli peut rendre desservices dans le spasme de la coqueluche. Ce procédé consiste, le médecin étant placé devant le malade, à accrocher l'angle des mâchoires par l'index et le médius fléchis de chaque main et à l'attirer vers soi en prenant point d'appui avec les pouces de chaque côté du nez sur le maxillaire supérieur. On cherche à faire un dégagement de la mâchoire inférieure de sa position normale pour amener le bord maxillaire inférieur dans une situation voisine du prognathisme. C'est un moyen de faire avorter la quinte, qui doit être appliqué dès le début de son apparition. Les petits enfants ne peuvent en général pas profiter de ce procédé qui les fait crier et aggrave le spasme. Chez les enfants plus grands on peut obtenir d'eux qu'ils répriment leurs envies de tousser.

Enfin d'après sa conception pathogénique de la toux dans la coqueluche, l'auteur applique, dès le début de la coqueluche, à tous ses malades présentant un état pharyngien anormal, le traitement de la pharyngite chronique, consistant en badigeonnages quotidiens ou biquotidiens, portés sur la partie buccale du pharynx, mais surtout sur sa partie nasale, avec un porte-coton courbe à concavité supérieure. Le liquide employé est la glycérine iodée, mélange à parties égales d'iode et de glycérine ou une solution plus ou moins concentrée de résorcine. Par ces badigeonnages on détruit une partie des causes d'appel des quintes.

L. Jumon.

Traitement des lésions valvulaires et de l'asystolie chez l'enfant, par Lesné (*J. de méd. decine interne*, 15 novembre 1904). — Le traitement des lésions valvulaires des endocardites chroniques chez l'enfant est toujours à peu près le même. Faire séjourner l'enfant dans un climat tempéré et sec, un climat méditerranéen ou celui de l'océan du Sud-Ouest de la France. Préconiser surtout les altitudes de 500 à 800 mètres, mais pas plus. Faire prendre des bains de mer chauds, éviter les refroidissements et faire des massages. Exercice musculaire modéré, massage abdominal, tapotement sur la région précordiale, gymnastique suédoise, etc. On donnera des anti-nerveux, on supprimera le thé, le café, pour donner des bromures, de la valériane, de l'extrait de strophantus, 1/2 milligramme à 1 milligramme par jour ; du sulfate de spartéine à dose de 2 à 5 centigrammes par jour. Les compresses de Priessnitz sont employées avec avantage.

Dans l'asystolie on conseillera également le repos absolu, l'application de compresses froides sur la région précordiale, des purgatifs par la bouche et par le rectum, de la digitale après deux ou trois jours de régime lacté. Cependant au-dessous de cinq ans il vaut mieux s'abstenir de donner de la digitale, par crainte d'intoxications. L'auteur conseille la macération et la digitaline. La teinture de digitale, l'extrait aqueux sont très médiocres et ne donnent pas de bons résultats.

Comme adjuvant, on peut donner de la caféine en potion ou en injections sous-cutanées, mais pour éviter les maux de tête, on lui associera du bromure. Le strophantus et le sulfate de spartéine sont de meilleurs adjuvants : si l'on est embarrassé, on donne l'extrait de muguet, 20 à 50 centigrammes par jour de un à cinq ans.

Dans l'asytolie chronique, le massage des membres, de l'abdomen et de la région précordiale est très bon ; les diurétiques sont les mêmes et on donne du calomel en raison de l'hypertrophie du foie.

Une saignée locale ou générale peut être faite en cas d'indications. La saignée sera faite de préférence dans la région hépatique. On donnera de l'éther, de l'oxygène en cas de tendance à l'asphyxie.

L. Jumon.

Le rhumatisme articulaire aigu chez l'enfant au point de vue pratique, par Lesné (*Journal de médecine interne*, 15 novembre 1904). — Après avoir donné un aperçu clinique du rhumatisme articulaire aigu chez l'enfant, l'auteur aborde la question thérapeutique. Dès le début, il faut faire un traitement rapide et intensif : donner 1 gramme de salicylate de soude par 10 kilogrammes du poids d'enfant ; avant l'âge de 10 ans seulement 0 gr. 50. Il y a avantage à associer à ce salicylate, comme tonique cardiaque, 0 gr. 25 à 0 gr. 30 de chlorhydrate de quinine par jour après 12 ans. Le salicylate de soude est, en général, bien toléré par l'enfant. Il ne suffit pas de donner ce traitement pendant tout le temps que durent les douleurs ; il est nécessaire de le continuer pendant trois semaines, par exemple, après la guérison, sans crainte d'intoxication. Il faut donner d'autant plus de salicylate qu'il y a une complication cardiaque, car le salicylate est excellent dans

ce cas, mais il vaut mieux le donner, dès le début, car c'est le meilleur moyen de prévenir toutes les complications. Si l'estomac ne supporte pas le salicylàte, on le remplacera par l'opium, ou le salophène, ou la salipyrine.

Comme pommade, on peut employer la pommade au salicylate de méthyle où à l'acide salicylique.

Dans les affections congénitales du cœur, il y a très peu à faire au point de vue thérapeutique. Il y a un traitement hygiénique et un traitement symptomatique. Le traitement hygiénique consiste dans un repos absolu, à éviter la plus légère fatigue, le moindre travail, les émotions. Il faut préserver l'enfant de toute contagion, surtout de la tuberculose et des fièvres éruptives. Le traitement symptomatique s'adresse à l'asystolie, aux syncopes, à l'asphyxie. On donnera les toniques du cœur, si le myocarde faiblit, la digitale, le strophantus, etc., injections d'éther, de solution camphrée, tractions rhythmées de la langue. Le lait est le meilleur aliment dans ces cas.

Dans les affections acquises du cœur, si le péricardite apparaît pendant le rhumatisme, continuer le salicylate longtemps après la disparition du rhumatisme. On fera des frictions avec l'onguent mercuriel tous les jours ou tous les deux jours dans la région précordiale. On peut aussi appliquer sur la même région les compresses de Priessnitz, c'est-à-dire des compresses froides avec du taffetas, renouvelées toutes les demi-heures ou tous les trois quarts d'heure; la glace peut remplacer avantageusement l'eau froide; enfin. les ventouses scarifiées, les sinapismes sont des moyens qui apaisent les palpitations.

S'il s'agit d'une péricardite évoluant vers la chronicité, l'iodure de potassium à la dose de 0 gr. 20 à 0 gr. 50, suivant l'âge, donné pendant plusieurs mois tous les jours est préférable; on donne 0 gr. 20 à un enfant de 5 ans. Les purgations doivent être assez fréquentes. Le repos sera absolu. Pour empêcher la péricardite de s'aggraver, on appliquera des sinapismes ou même des vésicatoires. Comme diurétiques, on donne de la lactose et de la théobromine. En cas d'épanchement, il faut faire des ponctions dans le quatrième ou cinquième espace intercostal, à quelque quatre ou cinq millimètres de la ligne parasternale gauche.

L. Jumon.

Pharmacologie

Dr E. Vogt.

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

Étude sur l'activité cardio-musculaire de quelques dérivés de la xanthine, par Thomas (*Rev. méd. de la Suisse Romande*, 28 novembre 1904. — Nous retenons de cette étude la partie clinique.

La *théobromine* est peu excitante pour le système nerveux. Elle n'agit sur le cœur qu'à forte dose, c'est-à-dire dans des proportions qui dépassent de beaucoup celles qui sont employées en clinique. C'est un bon médicament qui trouve son application dans les grands œdèmes d'origine cardio-rénale ou cardio-hépatique. Dans les cas où le foie est sclérosé, l'action de la théobromine est peu efficace, mais à cet égard, les autres médicaments ne valent guère mieux. Dans la dyspnée toxi-alimentaire, elle contribue, avec un régime approprié, à faire cesser les accidents.

La *diurétine* n'est pas sans inconvénients, puisqu'elle contient de l'acide salicylique. Il n'est pas désirable, dans ces cas, d'introduire un corps soluble; il vaut mieux compter sur une action progressive.

La *caféine* a pour résultat final une rigidité du muscle cardiaque qui n'est pas sans inconvénients; cette perte d'élasticité rend le volume du pouls moins considérable et diminue l'importance de la circulation.

On comprend donc parfaitement que, selon les circonstances, l'emploi de la caféine, surtout à haute dose, peut être nuisible. Suivant que le myocarde est en plus ou moins bon état, qu'il est sclérosé ou non, l'action de la caféine se traduira ou par une augmentation de son énergie motrice, ou au contraire par une diminution.

La caféine doit être plutôt considérée comme un agent accélérateur des pulsations, mais il n'est pas toujours prudent d'exciter outre mesure un cœur déjà fatigué, de provoquer par l'intermédiaire du système nerveux central ou intra-cardiaque, une accélération qui ne fera qu'augmenter cette fatigue. Chez des sujets âgés, le cœur, d'abord surexcité, s'affole, puis s'affaiblit. Au contraire, chez des individus plus jeunes, la caféine, grâce à sa rapidité d'action, rend au cœur sa force manquante et donne au système nerveux l'impulsion désirable, en même temps qu'elle facilite la diurèse.

L'expérimentation montre combien la *théocine* affecte rapidement le cœur, la pression ne tarde pas à s'abaisser, et surtout l'accélération des pulsations et les secousses musculaires sont considérables. Comparée à la théobromine, ses effets sont plus rapides, mais elle n'a pas l'innocuité de cette dernière. La théocine doit entraîner facilement des troubles digestifs, déterminer des accidents nerveux surtout chez les prédisposés, et provoquer à la longue des lésions de l'épithélium rénal.

L'expérience clinique ne permet pas d'attribuer à la théocine des effets assez sûrs pour qu'il vaille la peine de laisser de côté la théobromine déjà éprouvée par un grand nombre d'auteurs et qui n'a certainement pas les mêmes inconvénients. L'auteur a pu l'administrer pendant des semaines et des mois sans aucune menace d'intolérance.

En résumé et cliniquement parlant, on peut admettre que la théobromine est le meilleur diurétique rénal que nous ayons actuellement à notre disposition; aux doses habituelles, elle n'agit pas sur le cœur d'une manière défavorable, et elle n'excite pas le système nerveux.

Quant à la caféine, son action diurétique est indéniable, surtout quand il s'agit de prolonger celle de la digitale. Elle est aussi un bon agent toni-cardiaque, mais l'emploi des petites doses ou des doses moyennes doit être seul recommandé.

E. Vogt.

Sur la diurétine et l'urée, par J. Zajackowski (*Wien. med. Presse*, 30 octobre 1904). — Bien que la diurétine ainsi que l'urée soient connues depuis longtemps dans leur emploi thérapeutique, l'auteur croit utile de faire connaître ses observations, parce qu'elles sont très favorables et parce qu'on n'a pas encore eu l'idée de combiner les deux substances en thérapeutique. La diurétine qui est un salicylate de soude et de théobromine agit à la façon de la caféine, mais n'a pas une action aussi énergique sur les centres vaso-moteurs, et stimule davantage le rein. Quant à l'urée, elle agit exclusivement comme diurétique par l'excitation des épithéliums des canalicules.

Dans ses observations, l'auteur a employé la diurétine en association avec l'urée, à peu près à doses égales, dans les affections valvulaires non compensées et surtout dans la cirrhose du foie lorsqu'il existait de grands épanchements abdominaux. En ce qui concerne les doses, l'action est très incertaine tant qu'on ne dépasse pas 2 grammes par jour; l'action diurétique se produit seulement après l'administration des deux médicaments à dose de 5grammes par jour ou davantage; enfin, une dose supérieure à 10 grammes n'a pas produit de troubles accesseires. La diarrhée que l'on observe parfois ne peut être considéré comme un inconvénient, car les forces des malades n'en sont pas atteintes.

Comme sous l'action de l'acide stomacal, l'acide salicylique de la diurétine peut se dédoubler et provoquer des troubles dyspeptiques, il est préférable que les malades prennent le médicament trois heures seulement après le repas.

Avant de commencer la médication, les malades doivent d'abord rester 48 heures sans traitement, afin de pouvoir noter la quantité d'urine, le pouls, etc. Le médicament est donné ainsi formulé :

Diurétine..... } àà 0 gr. 50
Urée pure..... }
M. pour un paquet n° 12.

Prendre quatre à huit paquets en vingt-quatre heures.

Sur 23 cas de lésions valvulaires non compensées traitées de cette manière, il y a eu des résultats favorables dans près de 70 0/0. Les meilleurs résultats ont été obtenus dans quatre cas d'insuffisance des valvules aortiques dans lesquels la caféine était contre-indiquée. Il en fut de même des résultats obtenus dans le traitement des lésions mitrales qui s'accompagnent parfois d'un œdème considérable. L'action du médicament fut énergique puisqu'il ne fut pas nécessaire de recourir à la digitale.

Dans les 30 0/0 des autres cas, l'action fut peu nette, il s'agissait presque exclusivement de lésions mitrales, mais dans ces cas la digitale reste ainsi sans action, ce qui doit probablement être attribué à la dégénérescence du myocarde.

Sur dix cas de cirrhose hépatique traités par la diurétine et l'urée, la quantité d'urine a doublé dans trois cas au bout de trois à cinq jours. Dans cinq autres cas, le résultat fut médiocre et il fallut recourir au trocart pour évacuer le liquide. Le médicament parut être alors plus efficace.

En résumé, la diurétine et l'urée se recommandent comme diurétiques dans les lésions cardiaques non compensées et même dans la cirrhose du foie, car elles sont peu toxiques et peuvent être administrées à des doses relativement élevées pendant longtemps.

L. Jumon.

Cacodylate et vanadate de soude, par Mayor. *Rev. méd. de la Suisse Romande*, 20 novembre 1904.) — Pour concevoir de quelle nature sont

les services que peuvent rendre le cacodylate et le vanadate, dans la tuberculose, il suffit de se rappeler que la lutte que va engager l'organisme ne sera pas toujours semblable à elle-même. Si l'infection était trop massive ou bien le terrain trop débile, la meilleure des thérapeutiques reste impuissante; dans d'autres cas, les efforts du traitement hygiénique demeurent insuffisants, l'entrée en jeu d'un faible renfort, incapable à lui seul d'emporter la victoire, va faire pencher la balance en faveur de la défense. Le cacodylate, le vanadate représenteraient ce faible renfort.

Ailleurs, chez des sujets de la classe pauvre, on ne peut exiger un repos complet, ni même partiel; en outre, l'alimentation ne peut être notablement améliorée. Ici, l'appoint d'un médicament tonique n'est point à dédaigner.

Enfin, on se trouvera souvent en présence d'individus simplement menacés de tuberculose. En ce cas l'expérience montre que, aussi bien avec le vanadate de soude qu'avec le cacodylate, l'on obtient des engraissements, le relèvement des forces, l'amélioration de l'état général, et même, ce qui se conçoit, une diminution dans l'intensité de certaines manifestations morbides (toux, expectoration).

De ces toniques, le plus actif dans le traitement de la tuberculose présente ou menaçante, c'est l'huile de foie de morue. Mais elle n'est point supportée par tout le monde, et surtout c'est un médicament de la saison froide. Chez celui qui ne la tolère pas, et en été chez tous les malades, il faut recourir aux iodures (iodure de fer, spécialement) aux dérivés du phosphore, à l'arsenic sous ses diverses formes, et au vanadium.

Le vanadate de soude a donné à l'auteur des augmentations de poids supérieures à celles dues au cacodylate, et il a manifesté cette action eutrophique chez un plus grand nombre de malades; on devrait donc lui donner la préférence.

Cependant, il est préférable d'associer les deux médicaments, ou plutôt de les faire alterner. Le cacodylate, ne peut être administré sans interruption. Ces interruptions sont établies généralement de dix en dix jours, et chez la femme, doivent coïncider avec les époques, car le cacodylate de soude administré pendant les règles ou même pendant les jours qui précèdent immédiatement, augmente l'abondance du flux menstruel, et abrège l'espace intercalaire. Pendant les périodes de repos, on peut utiliser le vanadate à la dose quotidienne de 5 cc. d'une solution à 1 00/00.

Simultanément à l'usage de l'un ou de l'autre de ces médicaments, l'emploi de l'iodure de fer ou des phosphates se recommande. En hiver, on préfèrera l'huile de foie de morue : le vanadate de soude pourra parfois se rendre alors utile en activant l'appétit. E. Voes.

FORMULAIRE DE THÉRAPEUTIQUE CLINIQUE

TRAITEMENT DE L'ICTÈRE CATARRHAL

Cet ictère est tantôt le résultat d'une infection hépatique, tantôt au contraire, et cela le plus souvent, le résultat d'un retentissement stomacal sur le foie. C'est du moins l'opinion de notre maître Al. Robin, et nous avons pu maintes fois constater le bien fondé de son dire.

On commencera par mettre le malade pendant quelques jours au régime lacté absolu, qui jouera ici un double rôle. Il augmentera la diurèse et permettra une élimination plus facile des toxines biliaires et des toxines intestinales.

Ce régime devra être continué jusqu'à la disparition dans l'urine de la coloration verte, indice de la présence des pigments biliaires à la suite de la réaction de Gmelin et de son remplacement par la coloration acajou qui dénote la présence de l'urobiline.

Cette urobiline indique par sa présence une insuffisance hépatique et il est complètement inutile de continuer plus longtemps le régime lacté.

Pour faciliter le rétablissement du cours de la bile, on donne la belladone à la dose de 0 gr. 02 à 0 gr 03.

Extrait de belladone.	0 gr. 01
Excipient.....	Q. s.

pour 1 pilule. En prendre 1 le matin et le soir.

(Al. Robin).

On prescrit 2 fois par jour, une grande irrigation intestinale de 1 litre et demi d'eau froide à la température de la chambre à l'aide d'une longue sonde molle.

On prescrit également, au moment où l'on cesse le régime lacté, des alcalins.

Chez les malades peu aisés on ordonne :

Bicarbonate de soude....	5 grammes
Eau simple.....	Q. s. p. 1 litre.

Prendre 150 grammes le matin une première fois, puis 150 grammes, 1/2 heure après.

Chez les malades plus fortunés, on prescrit l'eau de Vichy, source Hauterive, 2 verres le matin et 2 verres le soir suivant les mêmes règles.

Comme alimentation, ni crudités, ni acides, ni graisses, ni ragoûts, ni sauces, etc. On autorisera surtout les féculents, le macaroni, les nouilles, etc., cuits à l'eau, assaisonnés avec du fromage rapé et de beurre frais, les pommes de terre cuites à l'eau avec beurre et sel sur la table et les légumineuses de toutes catégories.

On permettra également le poisson frais bouilli, toutes les viandes sauf le veau, à la condition d'être bouillies et toujours très cuites.

Comme dessert, on pourra prendre des crèmes renversées, du pudding de semoule. Les fruits de toutes sortes sont permis à la condition qu'ils soient mûrs.

Les boissons doivent être abondantes. Parmi elles l'eau de Vittel est l'une des meilleures, en raison de son action sur l'activité hépatique : de même pour l'eau de Martigny.

L'eau chaude en infusion aromatique est aussi à recommander.

La constipation est souvent fréquente chez ces malades. Contre elle, il faut administrer les purgatifs salins à doses laxatives. Al. Robin recommande surtout le sulfate de soude, qui est un diurétique et qu'il faut prendre à la dose de 10 à 12 grammes dans un peu d'eau de Seltz.

En même temps, il faut soigner l'état gastrique, cause de l'affection, et faire suivre aux malades le régime des hypersthéniques. Il ne faut pas oublier que, dans la majorité des cas, l'ictère simple n'est qu'un épiphénomène d'un état gastrique qui mérite toute l'attention du médecin et demandé surtout à être soigné.

E. Chevalier.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Hôpital de la Charité. — M. le Dr Maygrier, professeur agrégé, a commencé ses leçons de *Clinique Obstétricale* à l'Hôpital de la Charité (amphithéâtre Potain) le jeudi 8 décembre 1904, à 10 heures précises du matin, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

Congrès de la tuberculose. — Le Président du Conseil a soumis à ses collègues un projet qu'il a déposé hier sur le bureau de la Chambre, projet qui ouvre un crédit extraordinaire de 100.000 francs pour subventionner le congrès international de la tuberculose.

Ce congrès est placé sous le haut patronage du président de la République.

Le bureau qui doit en préparer et en diriger les délibérations est composé comme suit :

Présidents d'honneur : MM. Casimir-Périer et Léon Bourgeois.

Président : M. Berthelot.

Vice-présidents : MM. Brouardel, Chauveau et Hérard.

Présidents de sections, — 1re et 2e sections. — Pathologie médico-chirurgicale, expérimentale et comparée :

Pathologie médicale ; M. le Pr Brouardel.

Pathologie chirurgicale : M. le Pr Lannelongue.

3e et 4e sections, — Préservation et assistance ;

1° De l'enfance : M. le Pr Grancher ;

2° De l'adulte ; M. le Pr Landouzy.

Secrétaire général : M. Dr Letulle.

Syndicat des médecins de la Seine. — Le Syndicat des médecins de la Seine, qui compte près de 1.000 membres, a tenu son assemblée générale le dimanche 27 novembre, à 2 h. 1/2 dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. le Dr Séailles.

Après l'allocution du président, le rapport du secrétaire général, M. Bellencontre, l'approbation des comptes du trésorier, M. J. Noir, M. Vimont a exposé le fonctionnement de l'office de recouvrement du Syndicat qui a son siège dans les bureaux du Syndicat, 28, rue Serpente. Cet office opère depuis plus de deux ans à la satisfaction de tous ceux qui s'y sont adressés et offre des garanties de sécurité et de conscience que l'on ne saurait guère rencontre autre part. M. Vimont a ensuite exposé divers projets de coopérative en voie de réalisation et d'assurance à l'état de projet qui montre toute l'activité mise en jeu pour donner aux médecins

syndiqués, outre les avantages moraux auxquels ils ont droit, le plus d'avantages matériels possibles.

Les dangers du cresson. — Le cresson a toujours paru suspect aux bactériologistes. A plusieurs reprises, on l'a accusé d'être un agent de transmission de la fièvre typhoïde. L'an dernier encore, il a eu à subir les attaques violentes d'un pharmacien de la Gironde.

Cette fois, c'est le Dr Benjamin Lee, médecin du bureau de santé de Philadelphie, qui lui fait son procès. Il a examiné l'eau d'une cressonnière et y a trouvé 36.000 bactéries par centimètre cube. La même eau, à quelque distance du lit de cresson, ne contenait que 21.000 microbes.

D'autre part, de l'eau stérilisée dans laquelle on avait lavé une poignée de cresson, donnait après le lavage une moyenne de 5 millions de millions de bactéries par centimètre cube.

Le Dr Lee en conclut que le cresson est un remarquable accumulateur d'immondices et que son importance comme vecteur d'infection est vraiment trop grande, comparée à son peu de valeur comme aliment.

BIBLIOGRAPHIE

L'inanition chez les dyspeptiques et les nerveux, par Albert Mathieu, médecin de l'hôpital Andral, et Jean-Charles Roux, ancien interne des hopitaux, *Séméiologie et traitement*. Petit in-8o; 1904. (*Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire*). Masson et Cie éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris. Broché, 2 fr. 50. Cartonné, 3 francs.

Signalée dans un grand nombre d'ouvrages, l'inanition, qui est pourtant une complication des plus fréquentes et souvent des plus méconnues des états nerveux et dyspeptiques, n'avait pas été jusqu'à présent l'objet d'une étude d'ensemble. MM. Mathieu et Roux ont voulu résumer les données acquises sur ce sujet tout en exposant les résultats de leur expérience personnelle.

Ainsi, dans l'étude physiologiques de l'alimentation insuffisante et de son retentissement sur l'organisme, après avoir rappelé les travaux de leurs devanciers, ces auteurs signalent l'état saburral de la langue et l'atonie gastrique, symptomatiques de l'inanition; ils insistent sur la diminution de la matité hépatique qui, en dehors de toute affection propre du foie, mesure pour ainsi dire le degré de la restriction alimentaire.

Mais la partie la plus étendue de ce travail est consacrée à l'étude de trois grandes variétés de malades neuro-dyspeptiques particulièrement sujets à l'inanition : les neurasthéniques, les dégénérés.

Le neurasthénique procède logiquement, réduit son alimentation parce qu'il souffre, parce qu'il n'a pas d'appétit et qu'il se trouve en meilleur état lorsqu'il ne mange pas.

Chez les hystériques, il existe toujours une véritable perversion de la volonté, mais l'inanition peut être primitive ou secondaire aux vomissements incoercibles, d'où deux formes différentes dans leurs symptômes et leur traitement.

Enfin, parmi les dégénérés qui s'alimentent insuffisamment en vertu de troubles dyspeptiques, on distingue deux types principaux : les mélancoliques et les hypocondriaques.

Chacune de ces formes est étudiée avec de nombreux exemples cliniques à l'appui. Quant au traitement, il comporte souvent des difficultés imprévues. Les procédés de démonstration logique qui suffisent à remettre un neurasthénique sur le droit chemin sont à peu près sans effet sur l'hystérique et laissent indifférent le dégénéré. En présence d'un de ces malades, le médecin ne doit pas hésiter sur la conduite à suivre. Tous les détails du traitement sont exposés dans le dernier chapitre du travail de MM. Mathieu et Roux.

Nlle Imprimerie. E. Lasnier, directeur. 35, 37, rue St-Lazare. Paris *Le Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES

1904

Maladies générales non infectieuses et intoxications.

Acidité urinaire. Modifications. Leur rôle pathogénique, 481.
Albuminisme et régime sucré, 159.
Alcool au point de vue alimentaire, 45.
Alcooliques (Hypnose chez les), 592.
Alcoolisme. Traitement par l'atropine, 376.
Aliments, rations et régimes alimentaires, 793.
Anémie. Traitement, 556.
Ankylostomiase. Traitement par le podophyllin, 160.
Artério-sclérose. Traitement, 374. — étiologie et traitement, 590.
Arthrite déformante. Traitement, 627.
Cautère et états dits arthritiques, 196.
Chloro-anémie. Traitement par les lavements de sang, 557.
Croissance trop rapide s'accompagnant de troubles visuels. (Emploi du suc testiculaire pour enrayer la), 808.
Déchloruration. Applications thérapeutiques, 514. — (cure de), 159. — (cure de). Indications, 626.
Diabète. Cas graves. Traitement, 627. — insipide. Traitement, 664. — Les courants de haute fréquence et de haute tension dans le traitement du), 87. — Traitement, 194, 841. — Traitement diététique, 482. — Traitement pharmaceutique, 483. — sucré (Marche et terminaison). Recherches et expériences, 626, — (Le trional dans le), 87.
Diabétiques. Amélioration dans leur régime, 230. Leur régime, 87. — Manière de les doucher), 194. — Tolérance pour les hydrocarbures chez les diabétiques, 736.
Empoisonnement par le gaz d'éclairage. Traitement, 737.
Exploration et massage sous l'eau, 806.
Gangrène diabétique des extrémités, 591.
Glycosuries et diabète. Traitement, 807.
Goitre exophtalmique. Thyroïdectomie, 842.
Goutte articulaire. Traitement, 340. — et diathèse urique. Traitement, 342. — Régime, 374. — subaiguë et diathèse goutteuse. Traitement, 341. — Traitement, 87. — Traitement, hydro-minéral, 342.
Goutteuses rhumatismales. (Affections). Injections d'iodipine, 375.
Injections intra-veineuses de salicylate, 665.
Intoxication par le gaz des ballons, 289. — phosphorée. Traitement, 376. — saturnine. (Signification de granulations basophiles dans les globules rouges pour le diagnostic de l'), 195.
Leucémies (Action des rayons de Rœntgen en cas de), 842. — spléno-médullaire. Traitement, 343. — splénomégalique guérie par les rayons Rœntgen, 86.
Leucémiques (Résultats du traitement radiothérapique chez les), 736.
Lymphosarcotamose rapidement améliorée par les rayons X, 628.
Morphinomanie. Traitement, 843.
Morsures de serpent. Traitement, 736.
Myxœdème compliqué de diabète sucré. Effet de l'extrait thyroïdien sur les deux maladies, 195. — congénital guéri par la thyroïdine, 484.
Nutrition et thermogénèse, 805.
Obésité. Traitement, 258.
Œdèmes (Les chlorures et les), 591. — Traitement mécanique, 591.
Organes leucopoïetiques. (Action des rayons X sur les), 665.
Ostéomalacie. Traitement rationnel, 86.
Pain essentiel, 50.
Pellagreux et l'opothérapie, 230.
Pression sanguine, hydropisie et obésité. Effets du régime du pain et des fruits sur la), 87.
Rhumatismales (Affections). (Traitement salicylé intra-veineux et), 841.
Rhumatisme articulaire aigu. — Traitement par les injections salicyliques intraveineuses, 343. — articulaire. Sérothérapie, 484. — chronique. Causes et traitement, 231. — chronique. Traitement par la méthode de Bier, 665. — Traitement, 483.
Sang leucémique. Action des rayons X, 628

Saturnisme chronique. Traitement sulfureux, 842.
Sérum antimorphinique. Son emploi clinique, 160.
Suralimentation sucrée, 444.
Urémie cérébrale grave au cours d'une néphrite diphtérique ignorée, guérison après ponction lombaire, 590.

Maladies infectieuses

Antistreptococcique. Traitement, 160.
Diphtérie et sérum antidiphtérique, 700. — (mortalité par la). Influence du traitement sérothérapique, 446. — Traitement local, 629. — Traitement par la teinture de myrrhe, 808.
Erysipèle. Traitement, 267, 809.
Fièvre typhoïde, 666. — (Cryogénine et), 735. — Emploi de l'acide phosphorique, 734. — Emploi de l'ergot, 411. — Emploi de la saignée, 50, 446. — emploi du sulfogaïacolate de potasse, 446. — Indications thérapeutiques fournies par l'étendue des variations sphygmométriques dans le cours de la), 701. — (Perforation intestinale dans la). Traitement, 411. — Sa sérothérapie, 88. — Traitement, 734. — Traitement à Johns Hopkin's hospital, 88. — traitement antiseptique, 486. — Traitement sérothérapique de la, 161. — Traitement spécifique, 808.
Infections chlorure de sodium. Son influence favorisante, 485. — locales. Traitement par le mercure et l'iodure, 628. — tétanique. Traitement par les injections endorachidiennes, 556.
Influenza (bromure de potassium dans l'), 267.
Malaria chronique. Traitement et prophylaxie, 486. — Emploi de la quinopyrine, 521. — traitement par le sirop de calaya, 412. — Traitement (Les succédanés de la quinine dans le), 162).
Méningite cérébrale épidémique, 667.
Ostéo-arthrites tuberculeuses. Traitement par la méthode sclérogène des injections intra et extra-articulaire, 145.
Paludisme (Phénocolle dans le traitement du), 161.
Pseudodiphtéries streptococciques. Traitement, 485.
Pustule charbonneuse. Traitement, 89. — maligne. Traitement, 809.
Rhumatisme blennorrhagique, 397.
Rougeole et scarlatine. Température dans la). Traitement de l'hyperpyrexie dans ces ma-

Chirurgie générale

Abcès appendiculaires à prolongement pelvien. Traitement, 487. — froids thoraciques. Traitement, 775. — rétropharyngiens. Diagnostic et traitement, 809.
Abdomen. Plaies pénétrantes. Leur traitement, 305.
Adénites tuberculeuses. Traitement par les injections modificatrices, 128.
Affections chirurgicales (Eau chaude dans les), 559.
Alimentation sous-cutanée des sujets ayant subi des opérations intra-abdominales, 414.
Ambulatoire (Méthode). Appareils, 19.
Ampoules et seringues à injections hypodermiques, 372.
Amputations ostéo-plastiques, 447.
Analgésie cocaïno-adrénalique, 595. — locale par la stovaïne, 595.
Anesthésie chirurgicale par injection sous-arachnoïdienne de stovaïne, 738. — discontinue en chirurgie gastrique et intestinale, 56. — mixte et administration du bromhydrate d'hyoscine avant l'éther, 168. — par l'éther et le chloroforme, 167.
Anesthésique général. Chlorure d'éthyle comme, 267.
Anévrysme artério-veineux. Cure opératoire, 345. — poplités (deux) chez la même malade. Extirpation, 846. — poplité. Traitement, 775, 847.
Angiomes. Traitement par l'eau chaude, 594.
Anus (Fissure à l'). Traitement, 200, 271.
Appendicalgie, 129, 197.
Appendice. Résection, 846.
Appendicite aiguë. Traitement, 90. — Causes et prophylaxie, 505. — chronique. Traitement, 811. — Opération précoce, 702.
Arthrite déformante, 198. — Traitement, 523, 593. — tuberculeuse. Traitement, 380.
Articulations (Tuberculose des). Rayons X dans le traitement, 702.
Ascite d'origine cirrhotique. Traitement chirurgical, 740. — (Opération de Talma pour), 448.
Bronches et poumons. Corps étrangers, 775.
Canal cholédoque. Sa chirurgie, 669.
Cancer branchiogène. (Extirpation de la carotide primitive, de la jugulaire interne et du pneumogastrique dans un cas de), 777. — et certaines manifestations de tuberculose. Traitement par les rayons de Rœntgen, 127. — Etiologie et traitement, 721. — et tuberculose traités par les rayons Rœntgen, 737. — malaria et quinine, 128. — (Radiothérapie du), 346. —(Rayons X et thérapeutique du), 200. — Récidives tardives, 346. —

traité par la cataphorèse mercurielle, 595. — traité par les rayons Rœntgen, 21. — Traitement par le cinnamate de soude, 20. — Traitement par les pâtes caustiques, 128. — Traitement radiothérapique, 843.
Carcinome et aspirine, 415. — et sarcomes. Résultats obtenus par les rayons émanant du radium, 21.
Carotide primitive. Suture, 486.
Chirurgie cérébrale : troubles psychiques génitaux par lésions du lobe frontal, 345. — intestinale, 845. — pratique, 380.
Chloroformisation de l'homme, 417, 703.
Chloroforme et anesthésie, 445.
Colite grave. Traitement chirurgical, 777.
Colon. Cancer, 378. — transverse (Ptose du) 448.
Colonne vertébrale — (Traumatismes de). Traitement, 54.
Compresses à l'alcool, 56.
Contractures articulaires. Traitement par la radiothérapie, 448.
Corps étranger bronchique, 90.
Cou. (Ganglions lymphatiques du). Extirpation par voie sous-cutanée, 811.
Coude (Fractures du). Complications nerveuses tardives, 304.
Coxalgie. Traitement, 558.
Crane et encéphale. Blessure par coup de feu, 304. — (Fracture du) trépanation. Guérison, 197.
Cuir chevelu. Anévrisme cirsoïde, 90.
Duodenum (Perforations postérieures des portions fixées du). Traitement, 165. — (Ulcère perforant de l'estomac et du), traités par la laparotomie, 20.
Ecrasements des membres. (Chirurgie conservatrice dans les grands), 197.
Epiphyses, Décollement traumatique, 772.
Ergot en chirurgie, 449.
Estomac (Cancer de l'). Ablation, 777. — (Cancer de). Opération, 52. — et rectum. Cancer, 345. — Extirpation totale, 164. — Maladies bénignes. Traitement chirurgical, 630. — (Ulcère perforant de l') et du duodenum traités par la laparotomie, 20.
Fémur (Ostéo-sarcome du) traité par la phénopuncture. 739.
Fièvre typhoïde (Perforation intestinale au cours de la). Indications opératoires, 270. — — Perforations intestinales. Traitement chirurgical, 845.
Fissure anale. Traitement, 91.
Fistules biliaires. Traitement, 778.
Foie (Cirrhoses du). Traitement par l'intervention chirurgicale, 778. — (Hile du). (Accidents consécutifs à des opérations sur le), 778.
Foyers infectieux circonscrits superficiels. Traitement radical, 56.
Fractures (Traitement par la suture osseuse), 345.
Gangrène pulmonaire. Intervention chirurgicale, 593.
Gastro-entérostomie. Méthode simple pour l'effectuer, 377.
Genou (Tuberculose du). Résection, 345. — Tumeur blanche chez les jeunes enfants. Application des appareils de marche, 541.
Genu valgum rachitique. Ostéotomies multiples, 774.
Gibbosités pottiques. Redressement, 772.
Goitre (Chirurgie du) à la clinique de M. Poncet, 668. — (Injections interstitielles de teinture d'iode dans le), 200. — simple. Traitement par les injections intra-glandulaires d'huile iodée, 90.
Graisse sous-patellaire. Son inflammation chronique, 162.
Greffes cancéreuses, 346.
Hanche. Luxation congénitale, 739. — Luxation congénitale. Réduction, 772 et 773.
Hémorroides. Leur origine hépatique, 488. — (Opérations ignées sur les). Moyen de prévenir la douleur, 703. (Traitement par l'adrénaline), 379.
Hernie épigastrique. Traitement, 413. — (Epiploïte comme complication de la résection de l'épiploon dans les), 91. — étranglée. Technique opératoire, 658. — (Procédé opératoire pour la cure de la). 557. — Traitement, 379. — Traitement par injection d'alcool, 522. — très volumineuses. Traitement, 346. — ventrale. Cure radicale par la laparoplastie, 487.
Hyperémie veineuse. Son emploi, 199.
Hyperleucocytose (Augmentation de la résistance aux interventions abdominales par), 346.
Iléus (Occlusion dans l'), son siège, 166. — post-opératoire et son traitement, 670.
Infections multiples méta-appendiculaires, 306.
Injections de paraffine (Troubles trophiques et circulatoires de la peau résultant d'), 415.
Intestin grêle. Rétrécissements tuberculeux multiples, 846. — (Gros). (Cancer du). Traitement, 844. — Rétrécissements multiples. Laparotomie, 306.
Intestinale. Chirurgie, 845.
Invagination. Diagnostic et traitement, 166.
Ivresse par l'éther en chirurgie, 450.
Jambes (Ulcère des). Traitement par le tissu de caoutchouc et l'acide borique, 523.
Langue (Cancer de la). Traitement, 306.
Lipomatose cervicale. Traitement, 217.
Lumbago et ses diverses formes, 198.

Lymphosarcome en cuirasse de la poitrine et du cou. Traitement par les rayons X, 416.
Mâchoire inférieure (Autoplastie pour rétablir la mobilité de la), 412.
Mal de Pott (Appareils pour), 731.
Maxillaire supérieur. Tumeurs solides. Traitement, 777.
Méningo-encéphalocèle de la fontanelle postérieure. Opération, 55.
Narcose combinée morphine-scopolamine, 202. — générale par le chloréthyle, 812. — par la morphine et la scopolamine, 629.
Néoplasmes (Rayons X). (Leur action sur les), 272.
Nez (Fractures du). Traitement, 811. (Cloison du). Fracture compliquée, 703.
Nœvi vasculaire. Traitement, 449.
Obstruction intestinale après les opérations, 167. — post-opératoire, 199. — Traitement, 521.
Œsophage (Cancer de l'). Radium-thérapie, 594. — (Carcinome). Traitement par le radium, 522. — Diverticule fusiforme. Traitement, 377. — Imperforation, 593. — (Spasme de). Rétrécissement cicatriciel et 739. — (Spasme de l') dans le rétrécissement cicatriciel de l'organe, 777
Opérations intra-thoraciques à l'aide de la chambre pneumatique, 344.
Orbite (Tumeurs de). Diagnostic et traitement, 52.
Os (Cavités des) (Procédé de de Masetig-Moorhof pour combler les), 304.
Ostéo-Arthrite. Traitement, 163.
Ostéomyélite infectieuse. Traitement, 380.
Palatoplastie, 89.
Panaris sous-unguéal. Traitement sans opération par l'électricité statique, 273.
Pansements à l'alcool, 203, 416. — Leur emploi, 346.
Paralysie faciale. Traitement chirurgical par
Paraplégies pottiques. Traitement, 630.
l'anastomose du facial et de l'hypoglosse, 269.
Péricolite cicatricielle post-appendiculaire. Traitement, 128.
Péritoine (Augmentation de la résistance du) contre l'infection en cas d'opérations intéressant l'estomac et l'intestin, 413,
Péritonite post-opératoire. Traitement, 413. — tuberculeuse. Incision abdominale, 268. — tuberculeuse. Traitement par le massage huileux, 92. — tuberculeuse (Variations de l'ascite dans la) sous l'influence du régime déchloruré, 269.
Périty phlite. Moment de l'opération, 54.
Phlébites. Traitement actif, 847.
Pied (Echardes du). Traitement rationnel, 593.
Pied-bot congénital varus équin. Traitement par le redressement manuel, 774. — valgus équin paralytique corrigé par la ténodèse, 773. — Traitement, 163.
Plaies aseptiques. Sont-elles protégées contre l'infection par l'escarre due au chlorure de zinc, 630. — cutanées. Emploi des feuilles d'argent laminé, 666. — suppurées. (Solutions alcalines dans les), 273.
Pneumothorax. Dangers dans l'ouverture large de la cavité thoracique, 774.
Prolapsus rectal traité par les injections de paraffine, 91.
Prothèses à la vaseline ou à la paraffine, 21.
Ptose abdominale. Cure radicale, 805.
Pulpite gangréneuse. Traitement par l'eau régale, 414.
Radio-diagnostic en chirurgie, 125.
Rate. Extirpation. Indications, 92.
Rayons chimiques. (Pénétration et action curative des) [augmentée par la coloration vitale des tissus et des bactéries, 127.
Rectum. Cancer. Résection, 777. — Cancer. Traitement, 812. — Corps étranger, 378. — Prolapsus. Traitement, 844. — Prolapsus. Traitement par la rectotorsion, 844.
Rétrécissement pylorique. (Gastro-entérostomie dans le), 53.
Rhumatisme articulaire (Atrophie musculaire consécutive au). Traitement, 271. — articulaire chronique, 703.
Sang (Examen du) en chirurgie, 778.
Sarcome à cellules fusiformes favorablement influencé par les rayons Rœntgen, 271. — guéri par les rayons de Rœntgen, 128.
Sein. Adéno-fibrome. Extraction. Méthode esthétique, 775. — (Cancer du) Effets des rayons X, 272. — Cancer. Opération, 487. — (Cancer). Traitement opératoire, 522.
Sérothérapie anti-cancéreuse, 415.
Sinusites maxillaires. Traitement, 55.
Substance osseuse. Réparation de pertes, 341.
Suppurations. Traitement par les injections d'oxygène, 416.
Sympathique pelvien (Interventions sur le), 305.
Termoéthérisation comme moyen de calculer la résistance d'un malade pour les conséquences de l'acte chirurgical, 201.
Toxines de Coley. Indications et mode d'emploi, 307.
Tuberculoses chirurgicales. Emploi du bleu de méthylène, 811. — costale. Résection à tranchées préliminaires, 774. — ganglionnaire. Traitement radiothérapique, 201.
Tumeur fécale (Excision du cœcum dans un cas de volumineuse), 167. — hépatiques guéries par la laparotomie exploratrice, 778.
Tunique vaginale et hernies. (Epanchements li-

quides dans la). Traitement par l'inversion du sujet, 670.
Varices et phlébites. Traitement par le mouvement, 553 — et phlébites. Traitement par le mouvement, 702. — Traitement par la ligature et la thrombose artificielle, 775. — Traitement par la marche et le massage, 847.
Veines variqueuses des membres inférieurs. Résultats éloignés des opérations, 776.
Voies biliaires (Interventions chirurgicales sur les), 448.

Maladies des voies digestives

Affections stomacales. Emploi du peroxyde d'hydrogène, 525.
Antiseptique intestinal. Le calomel, 813.
Appendicite. Traitement, 525. — Traitement médical, 598.
Ascite avec augmentation de volume du foie d'origine probablement syphilitique. Traitement, 418.
Calculs biliaires. Traitement, 383.
Cardiospasme Traitement, 130.
Cholélithiase. Diagnostic et traitement, 631. — infectée. (Indications thérapeutiques dans la), 130.
Cirrhose atrophique du foie. (Opération de Talma dans la). — atrophique guérie par l'opothérapie hépatique, 191. — du foie guérie par l'opothérapie hépatique, 445. — du foie. Traitement par l'hypodermoclyse au liquide ascitique, 234. — Traitement par l'extrait de foie. 124.
Colite chronique. Traitement, 597. — chronique. Traitement chirurgical, 349. — muqueuse. Traitement, 488. — muco-membraneuse. Indications dans le traitement, 691.
Constipation. Causes et traitement, 347. — Emploi de la strychnine, 598. — et entérite muco-membraneuse. Rapports, 757. — et rayons X, 598. — rectale chez les femmes, 631. — Traitement par la suggestion hypnotique, 23.
Diarrhées acides traitées par le peroxyde de magnésium, 373. — des pays chauds. (Régime corné cru dans la), 274.
Dysenterie. — Emploi d'un nouveau sérum antidysentérique, 382. — sporadique aiguë. Traitement, 348.
Dyspepsies. Emploi de séneçon, 733. — et dyspeptique, 37. — hyposténique. Traitement, 22.
Entérite muco-membraneuse, 840. — muco-membraneuse. Traitement électrique, 228.
Entérocolite muco-membraneuse. (Rôle de la thérapeutique dans la genèse de l'), 771. — muco-membraneuse. Traitement, 273, 733.
Estomac (Affections de l'). (Médication dialytique dans les), 671. — Cancer. Traitement médical, 524. — et intestin. Cancer. Prophylaxie, 814. — (Tumeurs de), Traitement par la radiothérapie, 433. 559. — Ulcère. Alimentation rectale, 597. — Ulcère. Indications opératoires, 597. — Ulcère. Traitement, 596 (Ulcère de). Traitement par la gastro-entérostomie, 381. — Ulcère smple. Traitemen chez une tuberculeuse, 596.
Foie. Affections calculeuses. Traitement, 741. — Cirrhose à ses débuts. Traitement, 813.
Gastrite ulcéreuse chronique. (Gastro-entérostomie pour), 382.
Gastroptose. Traitement, 741.
Hémorragies du tube digestif. Emploi de l'adrénaline, 349.
Hépatiques. Leur régime, 192, 302, 157.
Hépatoptose. Traitement chirurgical, 350.
Hyperchlorhydrie. Traitement, 525.
Ictères. (Choix des diurétiques dans les), 489.
Intestin. (Affections de l'). Emploi de l'électricité, 488.
Lithiase biliaire (Cholédocotomie et drainage du canal hépatique dans la), 418. — biliaire. Diagnostic et traitement, 233. — biliaire. Régime, 672. — biliaire. Traitement, 130.
Médication stomacale. Choix d'un acide, 559.
Météorisme consécutif aux opérations abdominales. Traitement, 560.
Mouvements de l'estomac. (Activité des). Emploie de l'iodipine comme moyen de l'apprécier, 22.
Occlusion intestinale. Emploi de l'atropine, 560.
Œsophage. (Rétrécissements de l'). Traitement par l'électrolyse, 418.
Opothérapie hépatique, 695.
Pancréatite aiguë. Traitement, 233.
Péritonite diffuse. Traitement, 632.
Périty phlite. Compresses d'alcool dans le traitement de la), 234. — Traitement, 204.
Pylore. Sténose hypertrophique congénitale. Traitement, 813.
Rectum. Rétrécissements syphilitiques. Traitement, 561.
Régime des hépatiques, 339. — sucré, 325.
Rétrécissement pylorique. Traitement par la thiosinamine, 203.
Suc gastrique. Hyperacidité, 813.
Troubles gastriques. Traitement rationnel, 740.
Ulcère gastrique double perforant, 203. — rond. Traitement, 347. — stomacal. Traitement, 232.
Vertige stomacal. Traitement, 417.
Voies biliaires. Drainage, 560. — biliaires. Opérations, 349.

Appareil pulmonaire
Cœur et Vaisseaux

Abcès pulmonaires et exploration pulmonaire. Traitement, 705.

Affections cardiaques. Médicaments utiles, 707. — pulmonaires traitées par les émanations de nitrate de thorium, 276

Air libre. Résultats du traitement, 58.

Anévrysmes circoïde traité par l'excision et l'extirpation, 169.

Aorte (anévrysmes de l'). — Traitement, 676.

Applications froides locales. Influence sur la fonction du cœur, 383.

Artériosclérose cérébrale au début. Traitement, 132. — Traitement, 780. — Traitement diététique, 238.

Asthmatiques. (Influence du climat sur les), 815.

Asthme bronchique. (Aristochine dans l'), 131. — cardiaque, 204. — et hay-fever. Hypothèse de leur identité, 527. — Traitement, 420. — Traitement par les remèdes secrets et les spécialités, 779.

Athérome et artériosclérose. (Sérum de Trunececk dans l'), 849.

Bronchite fébrineuse chronique. Traitement, 705.

Cardiaques. (Emploi de la morphine chez les), 562. — Traitement, 601.

Cardiopathies chroniques, 675. — rhumatismales et artérielles sur le littoral méditerranéen, 384.

Chambre pneumatique. Valeur thérapeutique, 308.

Coagulation du sang. (Sels de calcium et gélatine comme agents de), 350.

Cœur. (Affections valvulaires du). Traitement, 237. — (Dangers de la digitale administrée dans les maladies du), 25. — et les émotions. Anginophobie, 452.

Dilatation bronchique. Traitement, 419.

Cœur. — (Maladies du). Traitement du facteur musculaire dans les), 743. — (Maladies du). Traitement du facteur mécanique, 848. Massage, 452.

Courants sinusoïdaux. Action sur l'état du cœur, 383.

Crépitation laryngée, signes de tuberculose pulmonaire, 93.

ire de montagne, 705,

Diurèse par réduction des liquides, 384.

Epanchements séreux. Traitement, 277.

Etat variqueux. (Contention dans l'), 205.

Ganglions lymphatiques abdominaux. Tuberculose. Traitement, 780.

Hémoptysie. Traitement, 168. — Traitement au sanatorium, 275.

Hypertension artérielle dans l'artério-sclérose. Durée du traitement par la d'Arsonvalisation, 676.

Hypotension d'origine cardiaque améliorée par l'hydrothérapie, 561.

Influenza. Traitement et traitement préventif de la pneumonie, 56.

Infusions intra-pulmonaires, 526,

Inhalatioss médicamenteuses, 704.

Insomnie cardiaque. Traitement, 274.

Insuffisance myocardique aiguë dans quelques infections de l'enfance. Traitement, 816. — respiratoire. Traitement par la gymnastique et la rééducation respiratoires, 206, 236.

Lésions cardiaques. Traitement, 742.

Maladie de Graves. Injections d'éther iodoformé, 601.

Massage abdominal chez les cardiaques, 25.

Médicaments cardio-vasculaires, 469.

Œdème des membres inférieurs des cardio-rénaux, 675. — pulmonaire provoqué par l'injection sous-cutanée de sérum artificiel, 25.

Organes circulatoires (Action de la digitale dans les affections des), 58. — respiratoires. (Affections des). Emploi des boues de liman. 421.

Péricardite avec épanchement. Ponction du péricarde dans deux cas, 205. — et ponction du péricarde, 384.

Phlébite. Traitement, 527.

Phtisiques. Sueurs nocturnes. Traitement, 420. (Utilité du travail des) au cours du traitement dans les sanatoria, 600.

Pleurésies à épanchement. Traitement par le régime lacté ou cure déchlorurée, 420. — avec épanchement. Traitement interne, 704.

Pneumonie. (Disposition du sac de caoutchouc dans le traitement de la), 206. — lobaire. (Strophantus dans la), 848. — Problèmes thérapeutiques, 599. — Traitement, 28. — Traitement par le carbonate de créosote, 93. — lobaire chez l'adulte. Traitement, 600. — lobaire. (Saignée dans la), 307. — lobaire, Traitement, 275. — sénile. Traitement, 308.

Sanatorium d'hôpital. Essai à Dunkerque, 223.

Sang. Thérapeutique cellulaire, 674.

Stimulants cardiaques. Abus, 601.

Syncope. Traitement par excitation de la conjonctive, 16.

Syphilis pulmonaire du sommet à type cavitaire. Traitement, 451.

Tachycardie paroxystique. Traitement, 600.

Thoracentèse avec introduction d'air stérilisé. 704.

Toux. Traitement, 419.

Tuberculeux du 3e degré. Soins à leur donner, 421. — (Hydrothérapie chez les). Résultats. 451. — Matières grasses. Utilisation, 779. —

(terrain), 84. — (Utilisation des sucres par les), 732.
Tuberculose. Emploi de l'hétol, 236. — Emplo du thiocol, 815. — Emploi de la tuberculine comme moyen de diagostic, 526. — et climat maritime 848. — et rayons X, 450. — pulmonaire. Cinnamate de soude dans le traitement, 599, pulmonaire. Emploi du thiocol, 236. — pulmonaire. Emploi sous-cutané du camphre 385. — pulmonaire et scrofule. Traitement médicamenteux, 168. — pulmonaire. Traitement de la toux dans les cas avancés de), 235. — pulmonaire. Traitement par la méthode de Landerer. 815. — traitée par les jections sous-cutanées de sérum de Mármorek, 350. — Traitement par la tuberculine et les composés créosotés. 24. — Traitement physico-thérapique, 94. — pulmonaire. (Emploi combiné de la tuberculine et des composés créosotés dans le traitement de la), 131 — pulmonaire (Valeur thérapeutique de l'ichthyol dans la), 57.
Tumeurs anévrysmales. Traitement par les injections sous-cutanées de sérum gélatiné, 527.
Varices. Traitement par la marche, 452.

Maladies du système nerveux.

Alcoolisme aigu. Traitement, 633. — à l'hôpital de New-York, 633.
Ataxiques Leurs troubles urinaires, 123, 157.
Atrophie musculaire progressive. 309. — Injections sous-cutanées de nitrate de strychnine, 634.
Cephalalgie due à des nodosités et son traitement, 208.
Chorée. (Ponction lombaire dans la), 674. — Traitement, 385.
Coma. Traitement, 564.
Dipsomanie. Traitement, 783.
Epilepsie (attaque d'). — Méthode pour l'arrêter, 454. — chronique. Traitement, 452. — dite essentielle. Traitement médical, 26. — Emploi du borax, 529. — guérie par l'extirpation de végétations adénoïdes, 239. — Injections de bromure de calcium, 674. — (Régime hypochloruré, au cours du traitement bromique de l'), 564. — Traitement, 602 — par la méthode de Richet-Toulouse, 132. — par le chlorétone, 310. — par l'opium, 239.
Folie épileptique. Traitement, 352.
Ganglion de Gasser. Excision, 386.
Gastro-névroses organo-pathiques. Traitement, 673.
Hémyplégiques. (Troubles du langage chez les). Traitement, 564.
Hypnotiques. Usage et abus, 456.
Hystériques (accidents). Traitement par l'électricité, 351. — Nécessité de les traiter d'une façon active dans les services hospitaliers, 207.
Insomnie. Traitement, 239.
Mal de tête en tant que symptôme et son traitement, 133,
Maladie de Raynaud. (Elongation nerveuse dans la), 207. — organiques incurables. Traitement hypnotique, 456.
Manie aiguë. Mise en liberté des aliénés criminels, 456.
Méningite cérébro-spinale épidémique. Traitement par les injections antiseptiques intraspinales, 529. — Traitement par la ponction lombaire, 80.
Nerveux. (Cure de repos à l'air libre pour), 783. — Emploi des injections mercurielles, 733.
Neurasthénie. Traitement, 351, 562. — par les courants galvaniques et faradiques, 240. — sexuelle. Traitement, 310. — hydrothérapique, 455. — par la course en flexion, 455. —
Névralgies et myalgies. Traitement médicamenteux, 238. — faciale. Traitement électrique, 781. — par l'ion salicylique, 563.
Névrites. Traitement par la voltaïsation sinusoïdale, 26. — périphérique, 132.
Névroses (Bains de lumière radiante dans le traitement des), 602.
Paralysie agitante. (L'hyoscine comme spécifique dans la), 59. — chronique du nerf facial, Opération. Guérison, 133.
Polynévrite. Traitement, 781.
Ponctions lombaires, 528. — lombaire de Quincke. Sa valeur diagnostique et thérapeutique, 59. — Indications, 309.
Syphilis cérébrale. Traitement, 529.
Tabès. (Arrêt respiratoire dans le), 782. — Pronostic et thérapeutique, 673. — traité par la mercurialisation intensive, 455.
Tic douloureux de la face. Résections nerveuses, 672. — facial. (Injection d'acide osmique contre le), 133.
Trijumeau (névralgie du). Résection du ganglion de Gasser. 602.
Vertige. Traitement, 783.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles.

Abcès péri-amygdaliens. Diagnostic et traitement, 707.
Air chaud dans les affections auriculaires et nasales, 27.
Amygdale pharyngienne. (Rapports entre l'hypertrophie de l') et le bégaiement, 134.
Amygdalite. Traitement abortif, 134.

Angines. (Eau gazeuse dans le traitement des), 280. — Emploi du salicylate de soude, 707,— phlegmoneuse. Traitement, 134.
Appareil auditif. Effets produits par quelques médicaments, 280.
Bourdonnements d'oreille. Traitement par l'effluve de haute fréquence, 565.
Dysphagie. Traitement, 817.
Endo-auriculaire. (Opérations). Traitement consécutif, 494.
Epistaxis. Traitement, 310. — des hypertendus. 311.
Fièvre des foins. Traitement. Méthodes nouvelles, 311,
Fosses nasales. Tumeurs. Traitement chirurgical, 850.
Furonculose de l'oreille. Traitement, 566.
Injections à froid de paraffine, 850.
Insuffisance nasale fonctionnelle et rééducation respiratoire, 532.
Labyrinthe. Trépanation pour corps étranger. 819.
Larynx. (Corps étranger métallique enclavé dans le), 849. — (Tuberculose du). Trachéotomie au cours de la, 708,
Naso-pharynx. (Anesthésie pour les petites opérations du), 492.
Oreille (Affections de). Traitement par la résorcine et l'opium, 312. — moyenne. (Suppurations de l'). Traitement, 818.
Ostéomyélite du maxillaire supérieur. — (Empyème de l'antre d'Hygmore) chez les enfants, 818.
Otites aiguës. Pourquoi il faut les paracentéser, 533. — catarrhale (Mastoïdite aiguë suppurée latente comme complication, 709. — moyenne aiguë, 709. — Traitement, 27, 494. — suppurative chronique. Traitement, 27. — chronique. (Myringotomie comme moyen d'amélioration de l'ouïe dans l'), 818.
Ozène. Sérum antidiphtérique. Guérison, 493. — Traitement, 817.
Rhinite atrophique. Traitement par les injections interstitielles de paraffine, 565.
Rhinoplastie. Choix des pièces prothétiques, 708.
Sourds-muets. Traitement pédagogique, 534.
Tuberculose laryngée. Indications de la trachéotomie, 850.
Végétations adénoïdes, 817..
Voies aériennes (Applications topiques sur les), 493. — supérieures (Syphilis des). Traitement, 532.

Ophtalmologie

Anesthésique local nouveau : la stovaïne, 312.
Bains locaux d'air surchauffé, 822.
Blépharite ciliaire. Traitement par l'hermophényl, 532.
Brulure de la cornée par une solution trop forte de nitrate d'argent, 241.
Cataracte (Accidents infectieux après l'opération de). Traitement, 745. — secondaire. (Recollement de la rétine consécutif à la formation d'une) et à la résorption spontanée de cette cataracte, 137. — Traitement médical, 820.
Choriorétinite maculaire. (Foyers de) et injections sous-conjonctivales, 279.
Conjonctivites. Traitement par le vasogène iodé, 242. — purulente. Traitement et prophylaxie par l'argyrol, 368.
Cornée (Blessures de la). Emploi de l'aspirine, 745. — (Taies de la). Traitement par des injections sous-conjonctivales de benzoate de lithine, 136. — Ulcérations. Traitement, 530. — (Ulcère infectieux de la). (Action des sérums antitoxiques dans le traitement de l'), 240. — (Ulcère serpigineux de la). Traitement opératoire, 136.
Cristallin. Extraction (Traitement de l'infection après), 820.
Ecchymoses sous-conjonctivales. Leur valeur pronostique, 60.
Eclairages modernes. Leurs effets nocifs. Protection de l'œil, 746.
Glaucome et ses diverses variétés. Traitement, 277. — Formes peu connues. Traitement, 819. — sans opération. Mode d'emploi de l'adrénaline pour guérir, 490.
Huile grise compacte en massage sous-palpébral, pour remplacer les injections sous-conjonctivales en thérapeutique oculaire, 135.
Hygiène scolaire (Œuvre des oculistes en), 530.
Hypopion. Traitement, 821.
Infiltrations cornéennes. Traitement par le vasogène iodé, 60.
Injections sous conjonctivales. Résultats, 822. — sous-conjonctivales de sublimé, 821. — sous-conjonctivales. (Thérapeutique locale par les). Importance, 821.
Iridectomie. Sa valeur en thérapeutique oculaire, 60.
Kératite (Ésérine dans la), 241.
Médicaments mydriatiques. Effets de quelques-uns, 314.
Myopie. Son opération, 61. — forte. Traitement par l'extraction du cristallin transparent, 819. — Traitement, 490.

Névrite optique. Cécité imminente. Guérison par les injections de calomel, 745.
Oculaire (Dionine en thérapeutique), 386. — (Ichtargan dans les affections), 492. — (Iodoforme dans les affections), 386. — (Peroxyde d'hydrogène dans les affections), 62.
Ophtalmie dans l'île de Cuba, 746. — sympathique. Traitement par les injections sous-conjonctivales dans le moignon de l'œil énucléé, 567.
Phlyctènes (Esérine et pilocarpine dans les), 241.
Rétine (Décollement de la). Traitement, 278.
Sac lacrymal. Suppurations chroniques. Cure radicale par la dacryorhinoplastie, 821.
Syphilis. Manifestations oculaires. Traitement, 566 — oculaire. Traitement, 744.
Thérapeutique oculaire. Emploi de l'adrénaline, 312. — Emploi du citrate de cuivre, 242. — Nouvelles conquêtes, 764.
Trachome. Emploi de l'ichtyol, 491. — Traitement par le massage, 279.

Maladies vénériennes
Maladies de la peau

Acide salicylique, 423.
Acné. Curette dans le traitement, 636. — pilo-sébacée et élimination urinaire, 569. — polymorphe. Traitement local, 494.
Adénites vénériennes et adénites tuberculeuses. Traitement. 678.
Affections cutanées. Action du radium, 709.
Arthropathies syphilitiques. Traitement, 63.
Carcinome cutané. Traitement au moyen des rayons X, 209.
Céphalée syphilitique et ponction lombaire, 95.
Chancre induré. Excision, 568. — mou. Emploi du xéroforme, 422. — mou. Traitement chirurgical, 635. — mou. Traitement par la créoline et la chaleur, 28.
Cuir chevelu (Trichophytie circinée du). Traitement, 680.
Décubitus. Traitement par la vapeur d'eau surchauffée, 712.
Dermatite des primevères, 711.
Dermatoses prurigineuses. Application de la radiothérapie, 712. — prurigineuses. Radiothérapie. 747.
Dermite artificielle traitée par la déchloruration, 457.
Eczéma. Etiologie et traitement, 711. — et son traitement, 209. — Types et traitement, 676.
Engelures (Pansements à l'alcool en cas d'), 713.
Epithélioma cutané traité par les courants de haute fréquence, 388. — cutané. Traitement, 710.
Epithéliomes cutanés. Traitement par les étincelles de haute fréquence, 748. — de la peau. Emploi de la radiothérapie, 634. — de la peau. Traitement, 332.
Epithélioma. Traitement au moyen des rayons X. Dangers, 456.
Furoncles communs. Traitement, 853.
Furonculose. Traitement, 494.
Ichthyose congénitale grave. Traitement, 457.
Impétigo. Traitement, 851.
Injections de calomel de Scarenzio à la clinique de Breslau, 851.
Interrigo. Traitement, 422.
Lèpre. Traitement mercuriel, 680.
Lichen simple et lichénification. Traitement, 387.
Lumière et rayons X dans les maladies cutanées, 170.
Lupus. Traitement, 62, 679. — Traitement par les radiations uraniques de Becquerel, 636. — érythémateux. Traitement, 137. — nasal grave. Traitement, 138. — vulgaire pharyngien, 63.
Maladies nerveuses d'origine syphilitique. Injections mercurielles, 771.
Mycosis fongoïde. Emploi interne de l'ichtyol, 677.
Nævi. Traitement par les rayons X, 568. — circonscrits. Traitement, 854.
Nævus pigmentaires. Traitement par l'eau oxygénée, 138. — vasculaire plan étendu. Guérison par la photothérapie, 710.
Nez (Cancroïde de l'aile du). Cicatrisation après introduction électrolytique de l'ion zinc, 62. — (Cancroïde du) traité par les rayons Rœntgen, 62.
Onguents. Usages et abus, 748.
Peau (Maladies de la peau). Traitement par les courants de haute fréquence, 389. — (Maladies de la). Traitement médicamenteux, 94.
Photothérapie. Observations, 854.
Prurit sénile. Causes et traitement, 28. — Traitement, 495. — Traitement acide, 315. — Traitement, 852.
Psoriasis. Traitement externe, 138.
Radiodermite chronique grave guérie par la cautérisation ignée ponctuée, 635.
Rayons X. (Considérations générales sur le traitement par les), 28.
Rhumatisme gonorrhéique. Traitement par les injections d'iodipine, 679.
Savons à base de levure, 495. — à l'extrait de Malt, 749.
Syphilis cérébrale. Traitement, 457. — du cœur. Therapeutique, 244. — (Frictions mercu

rielles dans la), 709. — graves. (Traitement mercuriel intensif : suppression des frictions mercurielles dans le traitement des), 496. — pendant la grossesse. Traitement, 851. — (Salicylate de mercure dans la), 244. — Traitement, 169. — Traitement par les injections d'huile de mercuriol, 243. — Traitement par les injections de salicylate de mercure, 422. — Traitement par la méthode hypodermique, 636. — Traitement préventif. Sa nécessité, 314. — Traitement. Procédés contre la manifestation initiale, 421.

Tabès d'origine syphilitique guéri par le traitement mercuriel intensif et prolongé, 315.

Teignes cryptogamiques et rayons X, 208.

Teinture des cheveux. Choix d'une préparation inoffensive, 495.

Tuberculose de la peau. Traitement, 710.

Verrues multiples aux lèvres et aux mains. Guérison, 637.

Maladies des Voies urinaires

Albargine (Solution glycérinée d'). Valeur thérapeutique, 603.

Albuminurie cyclique. Traitement, 98. — et traitement physicothérapique, 787. — Traitement, 680.

Anurie par obstruction. Traitement, 751.

Arthrite blennorrhagique, 244.

Blennorrhagie aiguë et chronique chez l'homme. Traitement, 170. — Complications latentes, 854. — Traitement. Insuccès, 637. — Traitement, 854. — (Valeur de l'ichthargan dans la), 96.

Blennorrhée à gonocoques. Orchite Rétrécissement de l'urèthre. Prostatite infectieuse, 458.

Bubon suppuré. Traitement rapide par l'incision, l'expression et la suture immédiate, 496.

Cancer utérin. (Résection de la vessie et des uretères dans le), 355.

Carcinose postaso-pelvienne diffuse, à marche aiguë, guérie par la radiothérapie, 604.

Cathétérisme urétéral thérapeutique, uropyonéphrose colibacillaire aseptisée par les lavages du bassinet, 355.

Cordon spermatique (Torsion du), 355.

Cystite tuberculeuse. Traitement par le gomenol et l'anesthésine, 210.

Entéroptotique. Ptose rénale chez une néphropexie, 855.

Hydronéphrose. Guérison d'un cas, 245. — (Rôle des vaisseaux anormaux dans la pathogénie de l'), 784.

Hypospadias balano-pénien, 855.

Incontinence nocturne d'urine, 783. — d'urine essentielle traitée par l'injection rétro-rectale de sérum artificiel, 281. — d'urine infantile. Traitement électrique, 31.

Injections épidurales. Leur emploi dans les affections des voies urinaires, 171.

Kystes hydatiques pelviens et rétention d'urine, 355.

Leucoplasie uréthrale. Traitement, 750.

Maladie de Bright chronique. Traitement chirurgical, 535.

Néphrites aiguës et chroniques. Traitement chirurgical, 786. — Chroniques. Elimination d'albumine. Influence du régime, 426. — chronique guérie par la décapsulation, 786. — Chroniques. Traitement, 785. — (Décortication rénale dans le traitement de la), 355. — Traitement, 171, 649. — Syphilitique. Traitement, 316. — Traitement général, 211, 605. — Traitement par la cure de déchloruration, 856.

Néphropexie, 425.

Papillomes vésicaux. Traitement par les injections, 29.

Pédiatrie. Emploi de la théocine, 356.

Péritonite blennorrhagique. Traitement, 424.

Prostate. Est-il nuisible de la masser? 458. — hypertrophiée. Extirpation totale, 534 — Hypertrophie de la). Quand et comment on doit l'opérer, 534. — Hypertrophie. Traitement radical par la prostatectomie et la prostatotomie, 30. — Le massage est-il utile ou nuisible? 638. — Traitement électrolytique, 354.

Prostatectomie. 497. (Complication et séquelles de la), 171. — Indications, 750. — sus-pubienne et périnéales. Avantages relatifs, 424. — transvésicale par la voie sus-pubienne, 281.

Prostatiques. Instillations. Nouveau procédé. 171.

Prostatite. Traitement, 639.

Pyélonéphrite. Rapports avec la puerpuéralité, 784.

Pyonéphrite simulant l'appendicite, 211.

Pyonéphrose calculeuse ancienne. Néphrectomie transpéritonéale, 497.

Régime dans les affections rénales, 245.

Rein. Décapsulation. Valeur en pathologie, 210. — flottant. Néphrorrhaphie. Succès, 497. — (Fonction du). Recherches pharmacodynamiques. Rapports avec l'action des diurétiques, 459. — (Maladies des). Traitement, 97. — mobile et entéroptose. Traitement, 425. — mobile. Traitement. 639. — Traumatismes. Traitement, 784. — (Tumeurs malignes du). Résultats éloignés de l'intervention chirurgicale dans les), 211. — flottant (Faux), 317.

Rétention complète et difficulté du cathétérisme, Prostatectomie, 604.
Rhumatisme blennorrhagique. Formes et traitement, 96.
Sclérose rénale. Traitement, 172.
Sérum artificiel. Sa valeur thérapeutique, 30.
Taille hypogastrique modifiée pour arriver à voir aisément les orifices urétéraux dans la vessie ouverte, 535.
Tubes contournées (Pouvoir sécrétoire et signification glandulaire des épitheliums des). 1.
Tuberculose rénale. Traitement chirurgical, 356. — urinaire. Cystotomie et néphrectomie, 282. — urinaire. Traitement, 316.
Urémie. (Injections de morphine dans l'), 427.
Uretère. Implantation dans l'S iliaque. 603. — (Rétrécissement de l'extrémité inférieure de l'), causé par la compression d'une vésicule séminale enflammée, 281.
Urèthre membraneux. Rupture traumatique. Traitement, 29. — (Rétrécissement de l'), 280. — Rétrécissements. Dilatation électrolytique, 637, 749.
Uréthrites. Acide picrique. Indications, 424. — chroniques. Traitement, 354.
Urologie (Stypticine en), 424.
Vessie. Ruptures intra-péritonéales sans fractures du bassin dans les contusions abdominales, 459. — (Tuberculose de la), 282. — (Tumeur villeuse de la). Cystotomie sus-pubienne, 315.
Voies urinaires (Affections des). Emploi du bleu de méthylène, 316.

Gynécologie et Obstétrique

Affections gynécologiques. Emploi du thiol, 318.
Alexander. Opération modifiée, 788, 856.
Annexielles. Lésions. Chirurgie conservatrice, 172.
Cancer (Opération de Wertheim pour). Technique, 714.
Colpites post puerpérales. Traitement, 247.
Convulsions puerpérales. Traitement par la ponction sous-arachnoïdienne, 391.
Corps fibreux utérin comprimant l'intestin, 372.
Dilatateur en obstétrique, 140.
Dysménorrhée mécanique. Causes et traitement, 461.
Eclampsie, 246. — Indications de la saignée, 858. — perpuérale. Traitement, 65, 498. — puerpuérale, traitée par l'extrait thyroïdien, 318, 499.
Fièvre puerpérale. — Emploi du sérum antistreptococcique, 318.
Fistules recto-vaginales, 318. — vésico-vaginales postopératoires. Traitement, 713.
Formation de la femme. Traitement balnéaire à cette période, 390.
Gonorrheiques (Affections) chez la femme. Traitement local, 498.
Grossesse (Action de la syphilis sur la) et le produit de la conception, 253. — extra-utérine. Traitement, 245. — extra-utérine ou éctopique. Etude, 571. — (Interruption de la) comme moyen thérapeutique en cas de maladies internes, 139.
Gynécologie. Emploi du thigénol, 834. — (Le styptol en), 789.
Hématométrie, 606. — (Hystérectomie dans un cas d') 789.
Hystérectomie vaginale. Indications actuelles, 789.
Imperforation des voies génitales. Traitement d'urgence, 460
Injections intra-utérines. Leurs dangers, 389.
Irrigations intra-utérines. Technique, 605.
Leucorrhée. Traitement, 63.
Ménopause (Hémorragies se manifestant au moment de la). Traitement, 317.
Menstruation. (Rapports de l'appendicite et de la pseudo-appendicite avec la), 64.
Moignon utérin. Dégénérescence cancéreuse du). 461.
Obstétrique et gynécologie. Emploi de l'aspirine, 319.
Organes génitaux (Affections des). Emploi de l'eau oxygénée chimiquement pure, 390.
Ovariotomie (Dangers de la temporisation dans l'), 172.
Ovulation. Dysménorrhée. Traitement, 857.
Périnée. Déchirures. Traitement immédiat, 713. — 787.
Rétention du fœtus. (Expression dans la), 571.
Salpingites. Traitement conservateur, 173.
Sphère génitale de la femme (Affections de la). Traitement par la lumière électrique blanche, 64.
Suppurations pelviennes chez la femme. Procédé chirurgical, 460.
Tumeurs fibreuses. Indications opération), 356.
Utéro-annexielles. Infections. Traitement par les injections vaginales à 60°, 64.
Utérus. Cancer inopérable. Ligature bilatérale de l'artère hypogastrique, 789. — Cancer. Laparotomie, 715. — Cancer. Opérabilité, 715. — (Cancer de l'). Traitement radical, 714. Déplacements. Causes et traitement. 856.
Vulve. (Epithéliome de la). Traitement par les rayons X, 139.

Pédiâtrie

Affections infectieuses à la clinique pédiâtrique de Leipzig. Traitement, 391.
Alimentation du nourrisson, 17, 65.
Asystolie et lésions valvulaires. Traitement, 858.
Broncho-pneumonie compliquant la coqueluche, 66.
Cardiaque (Traitement hygiénique) chez les enfants, 356.
Catarrhe suffocant chez un enfant de 2 ans. Enveloppements froids. Guérison, 248.
Choléra infantile. Traitement, 570.
Convulsions chez les enfants, 716.
Coqueluche, 99, 642. — Traitement 822, 858.
Crane (Fracture du) avec enfoncement, causée pendant l'accouchement, 393.
Croup, diagnostic et traitement, 247. — Traitement, 99.
Diphtérie (Cautérisations locales dans la), 98.
Dyspepsies gastro-intestinales des enfants. Acides chlorhydrique et lactique, 715. — Intestinale chronique chez les enfants, 641.
Eaux minérales chez les enfants. (Cure d'), 639.
Enfants malades. Statistique du service d'électrothérapie de la clinique chirurgicale infantile de l'hôpital, 823.
Estomac (Lavage) chez les nourrissons, 536.
Fièvre typhoïde chez les enfants. Traitement, 571.
Gastro-entérite cholériforme des nourrissons, 536 — des enfants. (Action du saccharomices cerevisiae sur le bactérium coli dans les), 823. — (Nourrissons atteints de). Repas rares dans leur alimentation, 640.
Glotte. Spasme. Traitement. 822.
Hémorragies gastro-intestinales du nouveau-né. 716.
Incontinence d'urine chez les enfants. Traitement, 642. — d'urine infantile essentielle, 716.
Infections cutanées chez le nourrisson. Thérapeutique, 462.
Insuffisance hépatique chez les nourrissons, 339.
Intolérance pour le lait maternel, 641.
Lait. Sa teneur en sels, 50.
Lithiase rénale chez les enfants, 392.
Malaria chez les enfants. Traitement, 174.
Médecine infantile (Prolégomènes de), 400 et 437.
Mortalité infantile en France. Moyens d'y remédier, 613.
Obstruction intestinale chez les enfants, 537.
Ophtalmie purulente des nouveaux-nés. Traitement, 462.
Othérapie thyroïdienne en pédiâtrie, 174.
Paralysie infantile. Traitement, 100. — radiculaires obstétricales du plexus brachial. Traitement électrique. 392. — spinale infantile. Traitemen' physique, 428.
Pleurésie purulente chez l'enfant. Traitement, 140.
Pneumonie chez les enfants. (Compresses froides dans la), 248. — Traitement 141, 427.
Psoriasis chez l'enfant. Traitement, 462, 643.
Purpura chez les enfants. Traitement, 356.
Rétrécissement pylorique des nourrissons. Causes et traitement, 461.
Rhumatisme aigu (Douleur abdominale dans le). Traitement, 391. — Chez les enfants, 825.
Sevrage, 51.
Syphilis chez les enfants. Traitement, 569.
Troubles digestifs du nourrisson. (Pepsine dans les), 536. — Gastro-intestinaux chroniques de l'enfant après le sevrage. (Abus du lait dans les), 173.

Pharmacologie

Acide borique. Sa toxicité, 732. — phénique dans le tétanos, 19. — phosphorique, 681. — phosphorique dans le traitement de la fièvre typhoïde, 734. — phosphorique. Son innocuité absolue, 574. — picrique. Indications dans les uréthrites, 424.
Aconit napel. Son emploi médical, 67.
Adrénaline. Action thérapeutique, 393. — dans les hémorragies du tube digestif, 349. — Emploi dans les hémorragies graves, 32. — dans le traitement des hémorroïdes, 379. — (Mode d'emploi de l') pour guérir le glaucome sans opération, 490. — Son emploi en thérapeutique oculaire, 312.
Agurine, 214. — Valeur diurétique, 608.
Ail dans la tuberculose et le lupus, 826.
Air sec chaud. (Traitement par l'), 572. — surchauffé en thérapeutique, 284.
Alcool. Action physiologique et thérapeutique. 101.
Almaténia, 752.
Anémones, Pharmacologie et thérapeutique, 577.
Anesthésine, 68.
Antipyrine (Associations de l'), 357. — Mode d'administration, 175.
Antisepsie dans la médecine interne, 607. — interne. Valeur de l'urotropine, 607.
Apocynum cannabinum, 193. — Action rapide, 500.
Argent soluble. Action, 429.
Argyrol dans le traitement et la prophylaxie de la conjonctivite purulente, 368.
Aristochine dans l'asthme bronchique, 131.

Aspirine, 558, 501. — dans les blessures de la cornée, 745. — en obstétrique et gynécologie 319, et carcinome, 415.
Atropine dans l'occlusion intestinale, 560. — le traitement de l'alcoolisme, 376.
319.
Bains de boue. Effets, 501. — carbo-gazeux. Action hypertensive ou hypotensive suivant le mode d'emploi, 501. — chaud, 501. — hydro-électriques. Indications thérapeutiques, 643. — de siège, 284. — simples. Leur action, 102.
Baptisia tinctoria, 538.
Benzoate de lithine. (Traitement des taies de la cornée par des injections sous-conjonctivales de), 136.
Berberis vulgaris, 67.
Bichromate de potasse. (Empoisonnement aigu par le). Traitement par le lavage d'estomac et le nitrate d'argent, 538.
Bleu de méthylène dans les affections des voies urinaires, 316. — dans les tuberculoses chirurgicales, 811.
Borate de soude additionné de glycérine, 32.
Borax dans le traitement de l'épilepsie, 529.
Bromhytrate d'hyocine administré avant l'éther dans l'anesthésie mixte, 168.
Bromure de calcium en injections dans l'épilepsie, 674. — de méthyl-atropine. Utilisation thérapeutique, 430. — de potassium dans l'influenza, 267. — de radium. Son emploi, 141.
Cacodylate de soude. Emploi et effets, 682. — et vanadate de soude, 861.
Calaya (Sirop de) dans le traitement de la malaria, 412.
Cancroïne. Son mode d'action, 556.
Carbonate de créosote dans le traitement de la pneumonie, 93.
Capsule surrénale (Injection d'extrait de). Mort à la suite, 302.
Céphalopine et organothérapie cérébrale, 753.
Céroline, 32.
Chlorétone dans le traitement de l'épilepsie, 310.
Chlorhydrate d'éthylnarcéine, 771.
Chloroforme, 409. — Elimination par les vomissements, 574.
Chlorure d'éthyle comme anesthésique général, 267. — Remarques, 791. — de sodium comme médicament, 68. — Emploi après l'application du nitrate d'argent dans l'urèthre, 752.
Chrysarobine, 103.
Cigue et ses alcaloïdes, 790.
Cinnamate de soude dans le traitement du cancer, 20. — de la tuberculose pulmonaire, 599.
Citrate de cuivre dans la thérapeutique oculaire, 242.
Citrophène. Emploi thérapeutique, 32.
Cocaïne et adrénaline, 645. — (Analgésie), 595.
Compresse hydrothérapique appliquée sur la poitrine, 104.
Corps fluorescents. (Essais thérapeutiques avec des), 142.
Courants de haute fréquence. (Résultats du traitement par les), 609.
Créoline dans le traitement du chancre mou, 28.
Cures hivernales d'altitude, 643.
Digitale. Son action dans les affections des organes circulatoires, 58. — Ses dangers dans les maladies du cœur, 25. — (Feuilles de) à action constante, 430.
Digitoxine soluble ou digalène, 790. — Son action, 102.
Dionine après quatre années d'expérimentation, 353. — en thérapeutique oculaire, 386.
Diurétine et urée, 861.
Dose suffisante en thérapeutique. (Méthode de la), 31.
Douches (Graphiques pour), 732.
Dyspepsine, 248.
Electro-aimants. (Expériences thérapeutiques avec les), 466.
Electrothérapie, 501.
Empoisonnements aigus par l'opium et la morphine. (Traitement par le permanganate de potasse des), 34. — par l'opium. (Saignée dans l'), 283.
Ergot de seigle dans l'alcoolisme, le morphinisme, 283.
Ésérine dans la kératite, 241. — et pilocarpine dans les phlyctènes, 241. — (Intoxication par). Traitement, 33.
Etat dit naissant des substances employées en thérapeutique, 717. — Son influence sur les propriétés des médicaments et ses applications thérapeutiques, 361.
Exercice musculaire pendant le bain. (Baignoire permettant l'), 573.
Exodina. Purgatif nouveau, 69.
Extraits d'organes animaux et extraits d'organes végétaux, 175.
Fer (Composés de). Leur thérapeutique, 644.
Ferments métalliques. Action sur le métabolisme. Effets dans la pneumonie, 829.
Fétrone. (Pommade au), 321.
Fève de Calabar et ses alcaloïdes, 499.
Ficaire (petite). (Pommade et suppositoire de), 102.
Fucol (Le), 283.
Gaiacol et ses composés, 824.
Gaz oxygène. Injections, 572.
Glycérine boriquée, 732. — boriquée dans le pansement des plaies et pyodermies, 718.
Glycogène, 16.

Goménol et anesthésine dans le traitement de la cystite tuberculeuse, 210.
Goudron et créosote, 32.
Hédonal, composé soporifique, 500.
Helmitol. Utilisation pratique, 214.
Hémoglobine. (Digestion et absorption de l'), 320.
Hermophényl dans la blépharite ciliaire, 530.
Héroïne comme antiarrhodisiaque, 33.
Hétol dans la tuberculose, 236, 815.
Hydrothérapie froide (Limite d'âge) pour, 718.
Hyoscine comme spécifique dans la paralysie agitante, 59.
Ichthargan dans les affections oculaires. 492. dans la blennorrhagie. Sa valeur, 96.
Ichthoforme et ichthargan, 249.
Ichtyol dans le trachome, 491. — dans la tuberculose pulmonaire, 57.
Infusions et décoctions, 751.
Injection rachidienne de caféine, de pilocarpine, d'atropine sous l'arachnoïde lombaire, 463.
Iode. (Injections interstitielles de teinture d') dans le goître, 200.
Iodipine comme moyen d'apprécier l'activité des mouvements de l'estomac, 22. — (Injections d') dans les affections goutteuses rhumatismales. 375. — en injections dans le traitement du rhumatisme gonorrhéique, 679.
Iodoforme dans les affections oculaires, 386.
Ion salicylique dans le traitement des névralgies, 563.
Isopral, hypnotique nouveau, 320 et 321.
Képhir. Indication thérapeutique, 717.
Lactagol. 249. — galactogène nouveau, 142.
Lactate d'eucaïne, 609.
Lait traité par la peguine 609.
Lavements alimentaires, 104.
Lécithine. Son emploi thérapeutique, 319.
Levurargyre. Nouveau produit mercuriel, 645.
Liserons indigènes, 109
Magnésie. (Formulaire de la), 463.
Marétine. (La), 645.
Mécanothérapie. Ses rapports avec la massothérapie. 178.
Mercure Doses maxima injectables, 283.
Mercurio.. (Huile de) en injections dans le traitement de la syphilis 243.
Métaux à l'état colloïdal, 228. — et oxydases artificielles. Leur action sur l'évolution des maladies infectieuses, 221.
Morphine chez les cardiaques. 562. — scopolamine. (Narcose combinée). 202.
Myrrhe (Teinture de), dans le traitement de la diphtérie, 808.
Naphtol camphré. (Intoxication mortelle par le). 393. — Méfaits, 825
Neuronal, 826.
Nitrate de strychnine en injections sous-cutanées dans le traitement de l'atrophie musculaire progressive, 634. — de thorium. (Emanations de) dans le traitement des affections pulmonaires, 276.
Opium dans le traitement de l'épilepsie, 239.
Orthoforme. Dangers, 373.
Paragangline de Vassale. Emploi thérapeutique, 176.
Pepsine dans les troubles digestifs du nourrisson, 536.
Périplocine. Son action, 102.
Peroxydes de calcium et de magnésium. Leur action, 228. — d'hydrogène dans les affections oculaires, 62. — dans certaines affections stomacales, 525. — de magnésium dans les diarrhées acides, 373.
Pétrole brut comme agent thérapeutique, 101.
Phénocolle dans le traitement du paludisme, 161.
Phosphoriques organiques. (Préparations). Leur emploi, 282.
Podophyllin dans le traitement de l'ankylostomiase, 160.
Pommade jaune. Prescription et préparation, 752.
Quinine. (Succédanés de la) dans le traitement de la malaria, 162.
Quinopyrine dans la malaria, 521.
Radiothérapie, 105. — (Dosage en), 177. — en thérapeutique. Etat actuel, 284. — Etat actuel, 644.
Radium. Action curative, 429. — Action à doses infinitésimales et inoffensives, 213. — Action physiologique et thérapeutique, 212. — Sur les tissus, 824. — Thérapeutique, 565. — A doses infinitésimales. Action analgésiante et névrosthénique, 499. — (Emanations du). Résultats obtenus dans le carimome et les sarcomes, 21. — (Rayons émanant du). Leur action physiologique et leur emploi thérapeutique, 105. — (Valeur thérapeutique du), 464.
Résorcine et opium dans le traitement des affections de l'oreille, 312. — (Intoxication par la), 228.
Saccharomices cerevisial. Action sur le bactérium coli dans les gastro-entérites des enfants, 823.
Salicylarsinate de mercure, 537.
Salicylate de mercure dans la syphilis, 244. — en injections dans le traitement de la syphilis, 422. — de soude dans les angines, 707.
Salies de Béarn. Action de ses eaux, 119.
Scopolamine. Emploi dans la pratique médicale, 358. — Son emploi, 826.
Sécrétine. Médication acide duodénale. Stimulation des fonctions sécrétiniques chez l'homme, 187.
Sénaçon. Emploi dans les dyspepsies, 733.
Sérum polyvalent de Moser. Résultats, 70. — de

Trunecek. Sa valeur thérapeutique et son mode d'emploi, 69.
Solvine. Préparation nouvelle extraite du thym, 214.
Stovaïne, 548. — Anesthésique local nouveau, 312. — dans l'analgésie locale, 595. — en injection sous-arachnoïdienne pour l'anesthésie chirurgicale, 738.
Strophantus dans la pneumonie lobaire, 848.
Strychnine dans la constipation. 598. — et quinine. (Antagonisme entre), 608.
Stypticine en urologie, 424.
Substances fluorescentes. (Essais thérapeutiques sur les), 249. — radioactives. Action analgésiante, 685.
Suc de raisin conservé. Valeur thérapeutique, 176.
Sulfogaïacolate de potasse dans le traitement de la fièvre typhoïde, 446.
Tannoforme, 394.
Théocine (La), 100. — Action diurétique dans les cas de néphrite aiguë, 320. — et déchlorurante, 753. — Emploi en pédiâtrie, 356. — Valeur diurétique, 608.
Thigénol, 465. — Emploi en gynécologie, 834.
Thiocol dans la tuberculose, 816. — dans la tuberculose pulmonaire, 236. — Applications dermatologiques, 771. — (Composition du), 840. — Dans les affections gynécologiques, 318.
Thiosinamine dans le traitement d'un rétrécissement pylorique, 203. — (Traitement des contractures par la), 283.
Thorium, substance radio-active. Possibilité de son emploi en thérapeutique, 177. — Valeur thérapeutique, 464.
Thyol liquide dans la variole, 411.
Thyroïdine dans la myxœdème congénital, 484.
Toxines de coley. Indications et mode d'emploi, 306.
Trional dans le diabète, 87.
Tuberculine comme moyen de diagnostic de la tuberculose, 526.
Turnera aphrodisiaca, 718.
Valériane. Action spécifique, 393. — Sa pharmacologie, 51. — (Variabilité des préparations de), 66.
Validol. Indications, 574.
Vanadium. Action pharmacologique, 573.
Vasogène iodé dans le traitement des conjonctivites, 242. — dans le traitement des infiltrations cornéennes, 60.
Véronal, 466. — Recherches cliniques, 825.
Xanthine. (Activité cardio-musculaire de quelques dérivés de), 860.
Xéroforme dans le chancre mou, 422.

Formulaire

Cancer. Son traitement médical, 70.
Cuir chevelu. Eczéma séborrhéique, 178.
Ictère catarrhal. Traitement, 862.
Phosphaturies, 34.
Stomatite ulcéro-membraneuse, 214.
Syphilis. (Traitement général de la). Progrès accomplis, 106.
Toux coqueluchoïdes, 285.
Toxémie gravidique. Eclampsie puerpérale, 142.

Variétés

Accident opératoire, 719.
Actes officiels, 71, 755.
Algérie. (Corps médical des hôpitaux d'), 503.
Anatomie, 755.
Associatoin française d'urologie, 755.
Automobiliste. Son hygiène, 72.
Beaujon (Hôpital). Leçons de chimique thérapeutique, 71.
Blessures de la guerre russo-japonaise, 646.
Bordeaux. Hôpitaux, 503.
Bouchard. (Hommage au Pr), 179.
Bureau des Renseignements de l'Université de Paris. Inauguration, 143, 719.
Chaire de pathologie expérimentale. Election des titulaires, 502.
Chimie biologique. Conférences, 107.
Climatothérapie et hygiène urbaine. 1er Congrès français, 215, 250.
Clinicat. Concours, 503.
Clinique Apostoli-Laquerrière, 395. — d'accouchement Tarnier, 575, — des maladies cutanées et syphilitiques, 754. — médicale, 754. — ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, 754.
Colorants pour confiseurs et liquoristes, 683.
Concours d'ophtalmologie des hôpitaux, 827. — d'oto-rhino-laryngologie, 827.
Conférences de chimie biologique, 755. — d'hygiène, 755. — d'obstétrique, 755. — de pathologie interne, 755. — sur la radiothérapie, 755.
Congrès coloniaux français, 286. — français de chirurgie, 503. — de climatothérapie et hygiène urbaine, 792. — international de médecine à Lisbonne (XVe), 718. — de la tuberculose, 863.
Cours d'anatomie pathologique, 754. — de clinique chirurgicale de l'hôpital Necker, 827. — infantile, 754. — médicale, 754. — d'électrothérapie et radium, 286. — d'histoire naturelle médicale, 754. — d'histologie, 754. — de médecine légale, 754. — de thérapeutique, 781. — complets de vénéréologie et gynécologie, 107. — pratique sur les maladies de l'estomac, 322. — d'hypnotisme et de psycho-

thérapie, 359. — de vacances, 250.
Cresson. Ses dangers, 864.
Désinfection à domicile, 646.
Distinctions académiques, 610. — honorifiques, 467.
Eaux alimentaires à New-York, 647.
Ecole de médecine de Poitiers, 503. — pratique. Exercices préparatoires, 755.
Etudiants en médecine, 215.
Faculté de médecine de Lille, 503. — de Paris. Cours d'anatomie, 754.
Gynécologie. Leçons pratiques, 395.
Honoraires médicaux. Record à rebours, 179.
Hopital de la Charité, 863 — Cochin. Ricord, 467.
Hopitaux nouveaux, 539.
Hotel-Dieu, 322, 395, 467, 826.
Huitres. Nocivité, 682.
Hygiène. Exposition internationale, 467.
Infirmerie spéciale de Saint-Lazare, 322.
Médecins aliénistes et neurologistes de France et pays de langue française (XIVe congrès des), 287. — français en Angleterre, 756. —
Médecine opératoire spéciale, 395.
Monument Pasteur à Paris. Inauguration, 539.
Négrologie, 395, 827.
Odontologie et stomatologie. École pratique, 286.
Ophtalmologie (Congrès d'), 287.
Otologie. VIIe congrès international, 286.
Physiologistes. VIe Congrès international, 287.
Presse médicale française. Association, 431, 792.
Prosectorat. Concours, 503.
Radiologie médicale, 719.
Syndicat des médecins de la Seine, 863.
Tarnier (Monument du Pr), 286.
Tuberculose. Congrès international. 359. — ganglio-pulmonaire dans l'Ecole parisienne, 611.
Vache artificielle, 683.
Varioleux (Hôpital de). Est-il un danger pour le voisinage, 287.
Voyages d'études médicales aux stations hydro-minérales et climatique de France, 322. — 1904, 359, 431, 575.

Bibliographie

Accouchement. (Précis d'), 36.
Alimentation et régime chez l'homme sain et chez les malades, 251.
Anesthésie générale et locale. Traité, 540.
Assassinat médical et respect de la vie humaine, 432.
Bactéries. (Biologie générale des), 648.
Bibliographie scientifique, 827.
Bouche et dents. Thérapeutique. Hygiène buccale et anesthésie dentaire, 504.
Chirurgie infantile. Guide pratique, 612.
Clinique chirurgicale, 647. — thérapeutique. Traité élémentaire, 396.
Congrès international des médecins de Compagnies d'assurances, 540.
Consultations médicales, 360.
Coxalgie. Traitement, 432.
Cuir chevelu (Maladie du), 216.
Diététique (Principes de), 827.
Dystrophies. Traitement par la médication arsenicale et la cure d'altitude associées, 611.
Eau potable et maladies infectieuses, 287.
Electricité médicale (Précis d'), 216.
Energie clinique primaire de la matière vivante, 720.
Estomac. Son influence sur l'état mental et les fonctions psychiques, 288.
Fibromes utérins. Enucléation, 648.
Garde-malades, infirmières et mères de famille. Manuel pratique, 72.
Gynécologie pratique. (Précis de), 828.
Hématologie et cytologie cliniques, 575.
Hernies, 324.
Hystérie (Conception du mot), 468.
Inanition chez les dyspeptiques et les nerveux, 864.
Isolement et psychothérapie, 323.
Médecine opératoire. Aide-mémoire, 180. — opératoire et thérapeutique chirurgicale. Traité, 503.
Médicaments nouveaux pour 1904. Formulaire, 144. — nouveaux. Revue, 468.
Médication phosphorée, 35.
Membre inférieur. Sa chirurgie, 396.
Migraine, 107.
Naissance et mort, 36.
Néphrites médicales. Traitement chirurgical, 720.
Névroses intestinales. Pathogénie et traitement, 288.
Nutrition dans ses rapports avec l'immunité, 252.
Organes génito-urinaires de l'homme, 503.
Peau (Maladies de la). Thérapeutique, 359.
Pelade, 684.
Perméabilité rénale. (Méthodes d'exploration de la), 252.
Rayons de Rœntgen et diagnostic des maladies internes, 180.
Système nerveux (Maladie du). Manuel pour l'étude, 323.
Urologie clinique. Conférences pratiques, 108. — clinique. Guide pratique, 324.
Ventre. Etude anatomique et clinique de la cavité abdominale au point de vue du massage, 657.
ladies, 520.

Scarlatine. Traitement, 196, 700, 735.
Scarlatineux. Régime lacté. Quand on peut le cesser, 124.
Sérum antidiphetérique dans la pratique, 19. — antipneumococcique. Première application, 160. — antistreptococcique. Son action, 484.
Tétanos et acide phénique, 19. — Prophylaxie par l'emploi du sérum antitétanique sec et pulvérisé, 520. — Traitement préventif, 447.
Tuberculose chirurgicale. Moyens de lutter contre, 555. — Traitement, 555.
Typhus exanthématique. Traitement, 18.
Vaccination à la lumière rouge, 701.
Variole. Emploi du thyol liquide, 411.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS

1904

A

Abadie, 277, 819.
Abbe, 133.
Adame, 606.
Adler, 244.
Adrian, 228, 463.
Alanso, 745.
Albert-Weil, 392, 416, 598, 716, 823.
Aldrich, 783.
Alger (Ell.), 133.
Alister, 814.
Alkan, 100.
Allen, 389.
Amrein, 346.
Anders, 780.
André, 108, 324.
Androvss, 491.
Arnheim, 100.
Aronstamm, 414.
Arron, 847.
Arsold-Staerkle, 746.
Aubertin, 628.
Audry, 283.
Auerbach, 208.
Ausset, 140.
Auvray, 593.
Avellio, 779.
Avellis, 815.
Aversenq, 749.

B

Baillière, 827.
Bakugloff, 279.
Baley, 494.
Ballet, 207.
Ballingall, 267.
Baratoux, 565.
Barbera, 574.
Barbier, 17, 50, 339.
Bardet, 221, 372, 373, 840.
Barjansky, 645.
Barnsby, 778.
Barr, 277, 600.
Barth, 788, 856.
Barty-King, 235, 419.
Basilio-Mancayo, 421.
Bassalsy-Prim, 555.
Bassenge, 486.
Baumel, 400, 437.
Baylin, 200.
Bayo-Vilauvre, 234.
Bazy, 29, 783.
Beck (von), 349.
Becker, 33.
Béclère, 177, 180.
Beggs, 206.
Behr, 841.
Béjaraux, 534.
Belot, 712, 747.
Bendersky, 806.
Béni-Barde, 455.
Benischek, 670.
Benoit, 458, 541.
Bérard, 306, 846.
Berdez, 127.
Berg, 520, 535.
Bergé, 25.
Berger, 197, 503.
Bergmann 710.
Bergonié, 272, 628, 644.
Bérillon, 359.
Bering, 170.
Berlioz, 84, 236.
Bernard, 252.
Bernheim, 468.
Bertherand, 373.
Berthaux, 738.
Bertini, 752.
Bertram, 713.
Besson, 449.
Betti, 128.
Beverley-Robinson, 211, 605.
Bialorzezki, 316.
Bichat, 845.
Billon, 173.
Binet, 86.
Binkerd, 101.
Bizard, 416.
Blair-Bell, 811.
Blair-Stewart, 456, 601.
Blake, 67, 632.
Blanche de la Roche, 422.
Blondel, 17, 732, 806, 834.
Bobroff, 555.
Bocquillon-Limousin, 144.
Bodin, 648.
Boekelman, 205.
Boidin, 420, 528.
Bokay, 70.
Bolgar, 430.
Bollet, 703.
Bordier, 26, 710.
Boudberg - Renninggausen, 571.
Bouloumié, 302, 469.
Bourcart, 576.
Bourgeois, 745, 821.
Bourneville, 72.
Boutteville, 735.
Bouveyron, 636.
Bovis (de), 207.
Boy-Teissier, 446.
Bozzols, 665.
Brandt, 56.
Braun, 645.
Bride (Mac), 376.
Brink (van den), 142.
Broadbent, 785.
Broaddus-Pritchard, 132, 457.
Broca, 89, 460.
Brochard, 345.
Brocq, 196, 680.
Brodnitz, 522.
Brœckaert, 850.
Broese, 630.

Brown, 857.
Brown-Kelly, 818.
Brunier, 350.
Brunton-Blaikie, 641.
Bryant, 343.
Bucci, 608.
Buckley, 351, 562.
Budin, 56.
Burlureaux, 339, 757.
Burnet, 57.
Burnett, 249.
Burth, 237.
Buschke, 710.

C

Caillé, 786.
Cain, 348.
Calot, 432, 738, 739, 772.
Camus, 323.
Capitan, 675.
Cappelletti, 564.
Carbonell Sales, 607.
Cariani, 354.
Carle, 635.
Carles, 175, 415.
Carominas, 605.
Carrière, 420, 701, 735.
Carwardine, 172.
Caskie, 283.
Cassel, 536.
Castelain, 590.
Castillo (R. del), 461.
Catillon, 732.
Cautru, 574, 576, 681.
Cavazzani, 705.
Censier, 205.
Cerf, 499.
Chancel, 811.
Chanoz, 139.
Chaput, 487, 604.
Chardin, 216.
Chassevant, 793.
Chatin, 684.
Chauffard, 130, 420, 528, 674.
Chavannaz, 846.
Chevalier, 51, 109, 289, 469, 548, 577, 732, 771.
Chidell, 58.
Chrezlitzer, 603.
Clarke (T. P.), 269.
Cloetta, 790.
Clogg, 378, 813.
Codd, 609.
Cohen, 308.
Cohn, 138, 466, 531.
Coignet, 537.
Coley, 238.
Collins, 633.
Colombo, 591.
Comas, 28.
Combemale, 18.
Conaghey (Mac), 454.
Condon, 560.
Contet, 31.
Cooke Hirst, 246.
Corbett, 741.
Corbonell, 168.
Cortonell, 161.
Coudray, 128.
Courtin, 775.
Courtney, 784.
Coville, 772, 855.
Cramer, 817.
Crasse, 343.
Crawford Renton, 133.
Créquy, 124.
Crinon, 468.
Crisp English, 20.
Crothers, 602.
Cumston, 413.
Curran Pope, 843.

D

Dabney-Palmer, 68.
Daells, 751.
Dalché, 62, 228, 733, 856.
Dambrin, 459.
Damer Harrisson, 386.
Dancourt, 701.
Danlos, 212.
Darier, 213, 240, 279, 353, 368, 685, 764, 821.
Dauby, 25.
David Newmann, 497.
Deanesly, 424.
Debove, 217, 397.
Deckeb, 741.
Delagenière, 560.
Delbet (Paul), 73, 153.
Delépine, 345.
Delherm, 228, 351.
Delius, 23.
Delore, 668.
Demay de Certant, 379.
Demmler, 416.
Deneke, 347, 430.
Denys, 700.
Depage, 777.
Deschamps, 805.
Desesquelle, 280.
Desnos, 123.
Deutschann, 278.
Devaux, 119.
Diaz de la Quintana, 94.
Dieu, 707.
Dignen, 383.
Dionis du Sejour, 415.
Dmitrenko, 500.
Doebeli, 640.
Doebert, 384.
Dohan, 703.
Donatts, 59.
Donovan, 709.
Douane, 60.
Doumer, 433, 559.
Doutrebente, 26.
Dowley, 809.
Doyen, 167, 721.
Dresler, 131.
Dreuw, 495.
Drucbert, 497.
Dubar, 90.
Dubois, 302.
Dubreuilh, 711.
Dubrisay, 36.
Dufour, 821.
Duhot, 210.
Dukeman, 600.
Dumont, 540.
Duncan Buckley, 748.
Duncan Turner, 92.
Duplan, 68.
Durand, 846.
Duriau, 223.
Duval, 844.
Dvoretzky, 429.
Dylion (Mlle C.), 774.

E

Ebstein, 69.
Eckstein, 21.
Edel, 172.
Edlefsen, 536.
Einhorn, 594.
Eisendrath, 447.
Eliot (Gaston), 239.
Elkan, 421, 600.
Elsberg, 270,
Ely, 629.
Emded (van), 195.
Engels, 393.
Enriquez, 187.
Epiphantieff, 241.
Epstein, 169.
Erdmann, 537.
Erik Faber, 446.
Erlenmeyer, 132, 564.
Erving, 780.

Escat, 134.
Esteban Arjo, 230, 560.
Estor, 612.
Ewart, 418.
Exner, 21, 522.
Eyesmann, 713.

F

Falkenstein, 87.
Farez, 359.
Fargas, 172.
Faulder White, 27.
Faure, 733, 771.
Faure (M.), 673.
Fede, 715.
Feilchenfeld, 274.
Feldstein, 711.
Fenomenof, 715.
Fenwick, 316
Fernet, 104.
Fetschenko, 709.
Fiessinger, 384, 427, 564, 680, 807.
Fietze, 522.
Finck, 637.
Finger, 637.
Finizio, 715.
Fink, 311.
Finkelstein, 358.
Fischer, 427, 466, 667.
Flemming, 791.
Fleury (de), 323.
Fogg, 596.
Folet, 382.
Forlanini, 676.
Forscheimer, 816.
Fournier, 778.
Fournier (Camille), 828.
Fox, 636.
Fraenkel, 63.
Franck, 411.
François, 485.
Franke, 809.
French, 790.
Frengh, 499.
Frick, 25.
Fricker, 377.
Fried, 736.
Friedrich, 345, 414.
Fuchs, 32.
Fyfe, 67.

G

Gaertner, 573.
Galezowski, 744.
Gallant, 424, 425.
Gallois, 51, 124, 372, 698, 771.
Gangitano, 595.
Gastou, 569.
Gaucher, 28, 137, 494, 495, 851.
Gauckler, 159.
Gaudier, 708, 849.
Gaughey, 599.
Gautier (Armand), 251.
Gelpke, 574.
Gershom Hill, 602.
Geyer, 245.
Gilbert, 32, 35, 488, 824.
Gley, 350.
Glover, 463.
Goldmann, 701.
Gonzatez del Castillo, 571.
Gordon, 195.
Gordon Sharp, 276.
Gornstein, 247.
Goth, 319.
Goullioud, 56.
Gowers, 198.
Graham, 315.
Grandclément, 490.
Grandin, 413.
Grané, 567.
Granger, 595.
Grassmann, 562.
Grawitz, 842.
Gray, 639.
Griess, 752.
Grilli, 530.
Grosse, 501.
Grube, 233, 375, 426.
Guelliot, 280.
Guermonprez, 432.
Guicciardi, 176.
Guinard, 129, 393.
Gunzel, 704.
Guthrie Rankin, 374.

H

Haenens (d'), 282.
Haig, 87,
Hale White, 785.
Halfon, 87.
Halipré, 248.
Hall, 598, 607.
Hallauer, 60.
Hallé, 282.
Halliburton, 320.
Halluin (d'), 452.
Halmagrand, 672.
Halstead, 244.
Hanson, 716.
Hardouin, 197.
Hare, 734.
Haret, 843.
Harris, 305.
Hartmann, 347, 355, 494, 497, 503.
Hartz, 203.
Hartzell, 710.
Haudete Trago, 525.
Haug, 566.
Hauser, 98.
Hayem, 671, 673, 717.
Hdger Mygind, 63.
Hecht, 601.
Hecker, 98.
Helme, 391.
Heine, 27.
Henle, 199.
Hering (H. T.), 29.
Hernandes, 746.
Herxheimer, 138, 710.
Higier, 310.
Hildebrandt, 591.
Hill Abram, 742.
Hinsberg, 32.
Hirsch, 214.
Hirschlaff, 160.
Hirtz, 191, 445, 847.
Hoffenreich, 308.
Hogabth Pringle, 557.
Hollen, 527.
Hoppe, 529.
Horwitz, 379.
Houbotte, 481.
Hubbard, 737.
Huchard, 37, 50, 360, 384, 427, 501, 680, 807.
Hugh Hampton, 281.
Hundt, 320.
Hunter, 853.
Hutchinson, 482, 601.

I

Imbert, 604.
Itzkowitz, 642.
Ivanoff, 176.

J

Jaboulay, 281.
Jacob, 526.
Jacobson, 448.
Jacques, 777.
Jaffé, 54.

Janneson, 170.
Jappeiner, 249.
Jaquet, 817.
Jarre, 55.
Jaume Matos, 87.
Javal, 626, 856.
Jesionek, 142, 249.
Jesos Gonzalès (J. de), 386.
Jesse Shoup, 597.
Jessop, 566.
Joa, 753.
Joffroy, 456.
Johnson, 633.
Jones, 380.
Jordan, 92, 346.
Josionek, 639.
Joslin, 630.
Jourman, 500.
Jullien, 645, 745.
Jumon, 514, 649.
Juvin, 65.

K

Kaiser, 416.
Kajass, 241.
Kassel, 356.
Katchkatcheff, 815.
Katzenstein, 91, 200.
Kayevski, 559.
Kehr, 349.
Kelling, 814.
Kellner, 239.
Kendirdjy, 738.
Kennedy, 776.
Kenneth Wills, 284.
Ker, 66.
Kharitonoff, 33.
Kirch, 32.
Kirmisson, 90, 772.
Kisch, 390.
Knott, 826.
Koch, 385.
Kocher, 777.
Kochmann, 347.
Kock, 702.
Kœgl, 424.
Kœhler, 315.
Kœrner, 626.
Kœvesi, 171.
Kolbassenko, 56, 411.
Kolisch, 87, 736.
Konig, 345.
Korach, 525.
Korff, 629.
Korte, 345.
Kosler, 789.
Koslenko, 318.
Koubli, 492.
Kouindji, 178.
Krebs, 383.
Kressine, 236.
Krotoff, 242.
Kuhnemann, 382.
Kummel, 356.
Kuthi, 451.

L

Labbé, 717, 827.
Labey, 396.
Labit, 287.
Laborie, 243.
Laffont, 734.
Lagrange, 819.
Laignel-Lavastine, 125.
Lambert (Alex.), 101.
Lambotte, 845.
Lambret, 304, 789.
Lancereaux, 527.
Langaard, 609.
Langdon-Brown, 740.
Langenhagen (de), 317.
Lannelongue, 145.
Lapael-Perez, 310.
Lapersonne (de), 312.
Laquer, 643.
Laquerrière, 351, 488.
Larat, 643.
Lassar 429.
Lauenstein, 347.
Laufer, 742, 779.
Laumonier, 16, 159, 325, 705.
Launay, 486.
Laurens, 533, 819.
Lazano-Manzan, 630.
Le Dentu, 647.
Leduc, 62.
Lees, 23.
Lefas, 575.
Lefert, 180.
Lè Fort, 487.
Legrain, 496.
Legueu, 784.
Leighton-Kesteven, 486.
Lejars, 162, 418.
Lemoine, 433, 559, 666.
Lengemann, 283.
Lenhartz, 232, 347.
Lenoir, 596.
Lenormand, 844.
Lentz, 713.
Lenzmann, 23.
Leod (Mac), 464.
Leone, 19.
Lereboullet, 488.
Leredde, 94, 314, 332, 359, 387, 496, 634, 771, 840.
Lermoyez, 532, 850.
Lesné, 816, 858.
Lesser, 710.
Letours, 90.
Letulle, 520.
Levack, 568.
Levaditi, 252.
Leven, 258.
Levison, 198.
Levy-Dorn, 62.
Levtschenko, 62.
Lewaschew, 704.
Lewis-Adler, 812.
Leyon d'Astros, 462.
Liebreich, 375.
Liégeois, 489.
Liepelt, 358.
Lilienthal, 703.
Linossier, 157, 192.
Liobomoudroff, 30.
Lippert, 383.
Livingston, 283, 411, 449.
Lloyd, 268.
Loeb, 782.
Loebel, 501.
Loening, 627.
Loew, 720.
Lœwe, 248.
Lœwenheim, 283.
Lœwenmeyer, 356.
Lohr, 538.
Long, 132.
Lönngvist, 450.
Lonntz, 271.
Lop, 716.
Loumeau, 281.
Lowell, 203.
Lowell-Drage, 20.
Luca (de), 680.
Lucas-Championnière, 324, 447, 448, 505, 553, 663, 670.
Ludwig, 750.
Luff, 374.
Luke, 492.
Lund, 630.
Luzzatto, 573.
Lwow, 317.
Lydston, 750.
Lyon (G.), 288, 396, 733.

M

Macé, 857.
Mackenzie Davidson, 141.

Macridès, 700.
Magniaux, 498.
Manouiloff, 826.
Mantelin 637.
Maragliano, 139.
Maraver Gimenez, 636.
Marchais, 452, 847.
Maréchal, 24.
Marfan, 99, 247.
Mariani, 557.
Maridet, 32.
Marquès, 565.
Marquez 314.
Martell, 319.
Martin, 572, 708, 775, 811, 732.
Martinet, 22, 175, 311, 357, 559.
Massy, 428.
Matagne, 307.
Mathieu, 104, 691, 864.
Mauclaire, 306.
Mayer, 350, 355.
Maygrier, 253.
Mayo, 669 842.
Mayor, 167, 861.
Mazzeo, 174.
Means, 54.
Mehring, 466.
Meijers, 209.
Ménage, 852.
Menahem Hodara, 677.
Ménard, 388.
Mencière, 739, 773.
Mendel, 343, 665.
Mendelsohn, 157, 168, 193.
Mendes da Costa, 456.
Menzer, 484.
Merac, 88.
Merklen, 204.
Merrins, 163.
Mertens, 271.
Méry, 99, 461, 536, 643, 822.
Mesa Ma'es, 304.
Mesnil de Rochemont (de), 88.
Metther, 781.
Meyer, 130, 238, 707, 774.
Meyer (W.), 30, 534.
Méry, 536.
Meyer, 707.
Mickulicz, 346.
Miclescu, 811.
Mignon, 211
Mikulicz, 130, 413.
Milian, 95.
Millon, 858.
Minet, 854.
Mojaieff, 28.
Molé, 211.
Molema, 446.
Mond, 249.
Mongour, 855.
Monnier, 380.
Monprofit, 778.
Montgomery, 93,
Monti, 457, 462.
Montini, 161.
Moor, 34.
Moore, 162, 171, 785.
Morache, 36.
Morales Perez, 201.
Morax, 52,
Morelle, 272,
Morgano, 242.
Morison, 743.
Morris Hackett, 808.
Moser, 448, 705.
Moslennikoff, 386.
Mott, 309, 529.
Motz, 282.
Moulonguet, 739, 774, 777.
Mousseaux, 392.
Moutier, 676.
Moynihan, 52, 164, 377.
Murphy, 630.

N

Nammak, 529.
Neisser, 851.
Nélaton, 775.
Neter, 422.
Neumann, 25, 160, 818.
Newcomet, 450.
Nicati, 137.
Nic-Clemm, 672.
Nimier, 304.
Njemtschenkow, 56.
Nobele (de), 21.
Nobécourt, 268.
Noorden, 785.
Norja, 608.
Norman Meachen, 676.
Norstrom, 107.
Novikoff, 525.
Nunez, 460.

O

Oddo, 527.
Odier, 127.
Oechsner, 593.
Ogg, 842.
Oliveres, 136.
Oltramare, 315.
Opie, 233.
Orlandi, 556.
Orlof, 64, 498, 714.
Ormea, (d'), 564.
Ortiz de la Torre, 53, 9.
Osborne, 590.
Oswaldt, 822.
Ots y Equrrdo, 352.
Ougloff, 244, 422.
Ouskoff, 102
Owen, 380.
Oxon, 87.

P

Pagès, 604.
Pagnez, 323.
Painter, 780.
Palmer, 483.
Papin, 459.
Pariset, 194, 561.
Parker, 501.
Parry, 167.
Partos, 271.
Pascault, 45.
Pasquier, 197.
Passtows, 456.
Patoir, 851.
Paton, 63.
Pauchet, 777.
Pautrier, 103.
Pautrier, 423.
Peckham Murray, 631.
Pégurier, 131.
Pel, 204.
Pelagatti, 96.
Penn Milton, 275.
Perez, 240.
Perlmann, 556.
Perthes, 346.
Petersen, 345, 346, 710.
Pettey, 598.
Pewnitzky, 456.
Peyri, 424.
Pfluger, 61.
Phillips, 644.
Pichardon, 814.
Piéchaud, 163.
Piollet, 668.
Pitzer, 538.
Plavec, 376.
Pond, 199.
Porosz, 639, 854.
Potel, 305.
Pouchet, 445, 548.

Pousson, 316, 534, 720.
Pozzi-Escot, 720.
Prim, 815.
Primrose, 786.
Prio, 28.
Pron, 288.
Puoli, 823.

Q

Quenstedt, 679.
Quénu, 197, 381, 448, 561.

R

Raimann, 321.
Rapin, 355.
Ratschinski, 140.
Ravaut, 457.
Ravira, 173.
Ravitsch, 318.
Raymond, 139, 499, 565.
Read, 571.
Reboul, 55, 668, 737.
Recasens, 607.
Reche, 214.
Reclus, 595.
Red, 174.
Regnault, 455, 695.
Remonchamps, 93.
Renault, 96.
Renaut, 1.
Rénon, 591.
Renzi (de), 841.
Réthi, 310.
Reverdin, 378.
Rey, 642.
Reynier, 702.
Reynolds, 315.
Ribas y Ribas, 602.
Richaud, 350.
Richelot, 461, 789.
Richter, 390.
Riesman, 347.
Riet, 309.
Robertson, 168.
Robin, 50, 86.
Robin (Albert), 221, 228, 340, 341, 342, 361, 417, 524, 829.
Rochard, 825.
Rochet, 535.
Rœder, 422, 570.
Rogers, 737.
Roos, 32.
Rose, 59.
Rosenberg, 526, 854.
Rosenstein, 355.
Rosenthal, 206, 236, 382.
Ross, 393.
Roth, 166.
Rothschild (de), 350.
Roth Schulz, 171.
Rousseau, 465.
Roux, 774, 836, 864.
Roy, 504.
Rudio-Jicinsky, 702.
Ruhemann, 415.
Runyon, 488.
Ruotte, 535.
Rushton Parker, 169.
Rutherford Morison, 521.

S

Saalfeld, 321.
Sabouraud, 208, 216.
Sagarra, 412.
Saint-Clair-Thompson, 532.
Sainton, 344.
Sallot, 372.
Sanchez-Herrero, 599.
Sander Brown, 634.
San Piétro, 825.
Santesson, 459.
Sarason, 749.
Sattler, 490.
Sauerbruch, 344.
Sawyer, 102, 230.
Schaïbaeff, 312.
Schalscha, 241.
Schanz, 752.
Scheffler, 69.
Schimanski, 817.
Schinkel, 568.
Schlesinger, 349, 712.
Schlotz, 105.
Schmidt, 710.
Schneider, 458, 638.
Scholtz, 709.
Schomann-Leclercq, 736.
Schott, 675.
Schrage, 815.
Schulte, 136.
Schurmayer, 631.
Schuster, 375, 679.
Schutze, 214.
Schwabach, 280.
Sciallero, 753.
Scott, 93.
Scott Schley, 523.
Scuderi, 89.
Sebileau, 89, 306.
See Howard, 783.
Senn, 822.
Sérégé, 425.
Senor, 86.
Serafidi, 80.
Sergureff, 394.
Serré, 245.
Sersiron, 611.
Servnitzky, 592.
Sevinne, 421.
Shank, 307.
Shœmaker, 354.
Silberstein, 282.
Simonovitsch, 393.
Sintenis, 609.
Siredey, 540.
Skinner, 184, 523.
Smith, 419.
Solio Cohen, 707.
Soltmann, 391.
Sorel, 19.
Spanje (van), 22.
Spassky, 342.
Springer, 273, 635.
Stabler, 628.
Stein, 664.
Steinmann, 91.
Stella (Da), 850.
Stepp, 822.
Sthowell, 356.
Still, 569.
Stockman, 231,
Strasser, 787.
Strauss, 171.
Strebel, 62, 105.
Strobell, 597.
Strœll, 808.
Sturmer, 318.
Suarez, 318.
Suarez de Mendoza, 64.
Summers, 165.
Surmont, 273, 590.
Syers, 97.
Szajierowicz, 248.
Szentgyœrgy, 134.

T

Taff, 789.
Tappeiner, 142.
Taptas, 709.
Tarnowski, 494.
Tavel, 129, 166, 775, 847.
Terrier, 52.
Terson, 312.
Thirion, 345.
Thomas, 860.
Thompson, 275.

Thomson, 194, 183.
Tinhorn, 161.
Tirard, 556.
Tissier, 809.
Tizzoni-Panichi, 160.
Toti, 821.
Toulouse, 444.
Toumilovitsch, 412.
Tours, 526.
Tracy, 177.
Trémolières, 495, 684.
Trétrop, 138.
Trillat, 409.
Troussaint, 451.
Trousseau, 60.
Tschistovitsch, 267.
Tschyplaieff, 58.
Tschvetaïeff, 273.
Tuffier, 200, 648, 778, 843
Tuszkai, 572.
Tyson, 785.
Tyznenko, 234.

U

Uri Lloyd, 718.
Urstein, 320.

V

Vacher, 135.
Valdès Dapena, 608.
Vale, 201.
Valude, 812.
Van Bannberghen, 558.
Vancott, 210.
Van Oordt, 783.
Vanverts, 355.
Van Wart, 657.
Variot, 641, 854.
Vaudey, 455.
Velez, 567.
Veras, 773.
Verderav, 820.
Vere Pearson, 391.
Veyrassat, 378.
Viallard, 16.
Viannay, 305.
Vieden Partello, 462.
Villar, 740, 775.
Villard, 778.
Vincent, 485.
Vires, 452.
Vitali, 821.
Vitry, 268.
Vivi-Picaso, 239.
Vogel, 787.
Volipinski, 593.
Volkmann, 202.
Von Noorden, 813.

W

Wagner, 232.
Waller, 417, 703.
Walthard, 714.
Walther, 90.
Warenne Allen, 128.
Warnecke, 27.
Warren Dennis, 487.
Watson, 751.
Weil, 31, 245, 421.
Weiss, 197.
Werner, 824.
Whitehill Hinkel, 493.
Whitfield, 209.
Wick, 375.
Wiener, 100.
Windscheid, 365.
Winternitz, 718.
Winters, 141.
Witeford, 267.
Wohl, 203.
Wreden, 844.
Wyeth, 594.

Z

Zajackowski, 861.
Zazareff, 532.
Ziegler, 274.
Zimmern, 228, 284, 565, 781.
Zweifel, 389.
Zwillinger, 134.
Zycaria, 521.

41C
8107